**CHAPTER 1**

# EXAMINATION

**3 Station will be from this Chapter. So prepare very well.**

**Before any Examination:**

- First sanitize hand
- Right side approach
- Greetings
- Introduction
- Biodata
- Take permission from patient for examination

Every step has number Don't miss any step.

Do Examination according this Methods.

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔ دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Start from this before any examination.

Then go for examination according explained.

## Abdominal Examination

( V.imp for mandatory station) PAST: 2021,2023,2024

In abdominal examination we will do Inspection, Auscultation, Palpation, Percussion.

First better to do **Auscultation** because bowel sound will be change after Palpation and Percussion.

### 1. Inspection

Remember 5xS

Size (B/L symmetrical)

Shape (Flat, Scaphoid, Distended )

Scars ( If any past surgery )

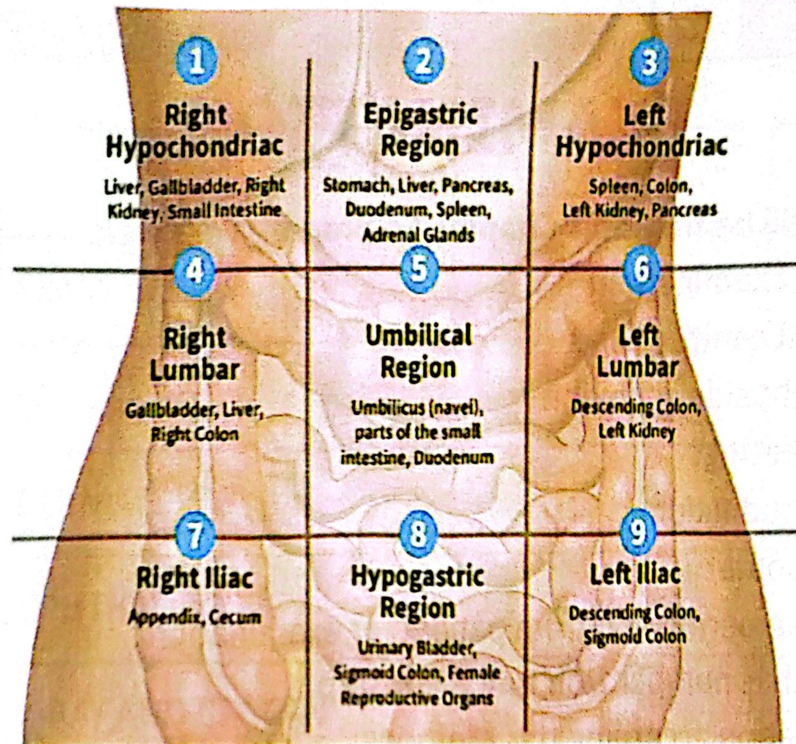
Stoma

Skin lesion

Prominent peristaltic waves

Cough Impulse to check Hernia

Umbilicus ( Inverted/ Everted )




2. **Auscultation**

a. **Bowel sound_** Audible with Diaphragm of stethoscope.
( 3 to 5 per mint are normal ) .

b. **Abdominal Bruit _** Audible with Bell of stethoscope on R & L Renal Artery bruit, abdominal Aortic bruit, R & L iliac bruit.

c. **Succusion splash_** after drinking and eating put stethoscope on left to epigastric region and heard noise breathing by shaking abdomin. Its show delay gastric emptying due to gastric outlet obstruction.

3. **Palpation**

Make S shape on abdomen by checking superficial and deep palpation.

a. **Superficial palpation_** Check tenderness, rigidity of muscles, Pain, Lump
Give command to patient:

گردن دوسری طرف موڑ لیں اور لمبے لمبے سانس لیں

b. **Deep palpation_** Tenderness, Rigidity, Guardening, Deep Mass.

c. **Visceral palpation**

**Spleen**: Start palpation from RIF fossa to LHC if can't palpate then turn patient towards doctor by putting left hand below under ribs posteriorly and palpate with right hand.

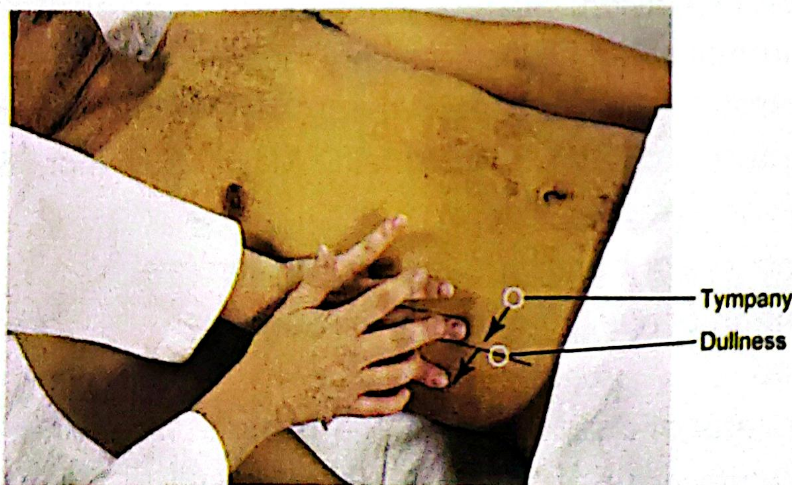
**Liver**: Start palpation from RIF to Epigastrium then do percussion Mid clavicular to 5 ICS.

**Kidney**: Put left hand below flank and palpate with right hand. Look on the picture.



**Bladder**: Make C shape palpate with left thumb and index finger start from epigastric region to hypochondrium.

4. **Percussion**
a. **Fluid thrill_** Check vibration if fluid
b. **Shifting dullness_** Start from epigastric region to umbilicus then give command to the patient turn left side and wait for 15 sec then percuss umbilicus to flank and see shifting dullness.




c. **Liver**: Start percuss from Midclavicular to 5ICS. then start RIF to Right Intercostal ribs. (Normal liver size 10-14cm)
d. **Spleen Palpation methods**:
   - **Castels methods**: Start percuss ant.axillary to Down till 9ICS check dullness if spleenomegaly.
   - **Traubes space**: Make a space between 6ICS, intercostal ribs, Mid axillary. Start percuss in space medial to lateral.

If Dullness think:

- Massive spleenomegaly

- Large meal
- **Nixon's methods:** Start percuss post axillary to 11ICS. Then Percuss mid of intercostal rib to upward to post axillary. Check dullness. (Normal spleen size 6 to 8 cm).

**Note**: Remember to ask about Rectal examination to check prostate and Rectal pathology in abdominal examination.
Then check Inguinal region and Genitalia.

**Respiratory System Examination**
**(Important for mandatory Station, Past 2021)**

1. **Inspection**
   - **Shape of chest:** (Normal B/L symmetrical)
     If sternal abnormalities then see:
     Pectus carinatum_ Pigeon chest
     Pectus excavatum_ Funnel chest
   - **Respiratory rate:** Normal_ 16 to 18 /mint
     Count infront of examiner and Give command to patient to take normally breath.
   - **Chest Expansion:** Bilateral Equal
     In normal breathing no accessory muscle involve.
     If respiratory problem then see accessory muscles: Sternocleidomastoid, Pectoralis Major & minor, Serratus Anterior, Latissimus dorsi.
   - **Hand:** Check clubbing, Cyanosis, Tremors
   - **Position of apex:** Visible in thin People
2. **Palpation**
   - **Diameter of chest:** Ant Post and Transverse With inche tap.
   - **Circumference of chest:** *Give command to the patient to take deep breath and hold then measure chest circumference with inche tap.*
   - **Chest Movement:** *Should be B/L Equal.*
     *Check on both side of chest.*
   - **Trachea:** *Palpate trachea with ring finger if deviate then think:*
     i) *Lung fibrosis- if deviate to the same side*
     ii) *P.E and Pneumothorax- if deviate to opposite side*









- **Position of apex beat:** Count ICS on left side of chest till 5 ICS 1.2 cm at medial to midclavicular line. Place hand on apex then ulnar side then ring finger.

- **Tactile fremitus:** Place ulnar border of hand in intercostal space and give command to the patient to say 111 and compare both side of chest Anterior Posterior side.
  If **Increase** _ Lobar Pneumonia, TB
  If **decrease** _ P.E , Pneumothorax

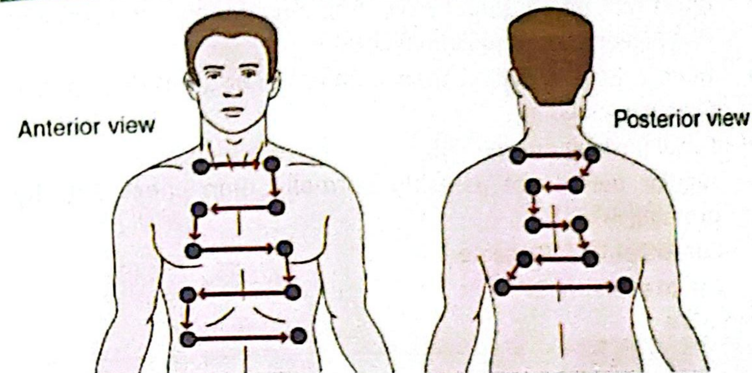
3. **Percussion**
   Two types: Topographic and Comparative percussion.
   Compare both side of chest during percussion.
   Normal Percussion: Resonant sound



- **Topographic Percussion**
  Main line for percussion:
  Supraclavicular line, above scapula
  Para sternal line till 4ICS
  Midclavicular line 5ICS
  Ant.Axillary line till 6ICS
  Mid.Axillary line till 7ICS
  Post.Axillary line till 8ICS
  Suprascapular line 9ICS
  Supra, inter, infrascapular line till 10ICS
  Paravertebral line till 11ICS
- **Comparative Percussion**
  Main line for percussion:
  Mid clavicular line till 5ICS
  Mid axillary till 7ICS
  Suprascapular, interscapular, infra scapular till 10ICS



4. Auscultation




- **Air entry:** Check air entry in both side of chest with stethoscope during breathing.
  (Compare both side and also axillary side)
  Normal breathing: B/L vesicular breathing
- **Abnormal Sound**: if any wheeze, crepitus, bronchial breathing
- **Vocal Resonance**: Compare both side with stethoscope by saying 111.

**Cardiovascular Examination (Past2021,2024)**

1. **Inspection**



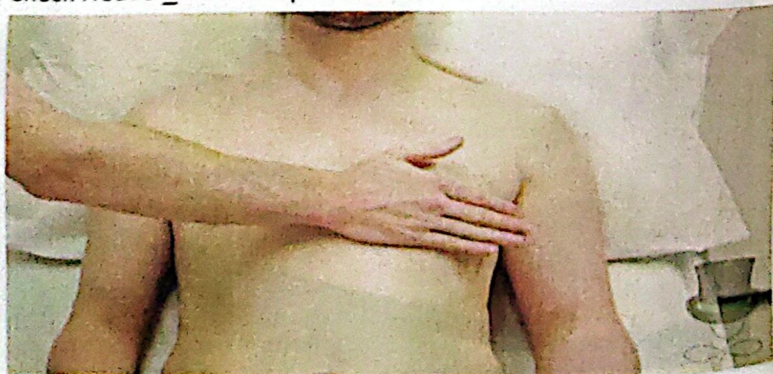
- Make angle 45°
- Shape of chest B/L symmetrical
- Chest scar, lesion, spider navi, Angioma, Sternal abnormality Like Pigeon chest and Funnel chest
- Hand_ Radial Pulse, then compare both radial pulse, Cyanosis, clubbing
- Facial flushing on face RHF
- Jugular pulse_ not palpable normally then check JVD by pressing RHC
- Carotid pulse _ Palpable
- Ask to measure BP

**2. Palpation**



i) First palpate Apex beat_ Count Rib 2nd ICS to 5th ICS at mid clavicularline put full palm then ulnar side of hand then ring finger.

ii) Check Heave _ Put Left parasternal heave if RVH





iii) Palpable murmurs

Check by Proximal interphalanges joint of palm.

There will be thrill if any murmur.

**3. No percussion of precordium sometime we can do to find border of heart.**

**4. Auscultation**

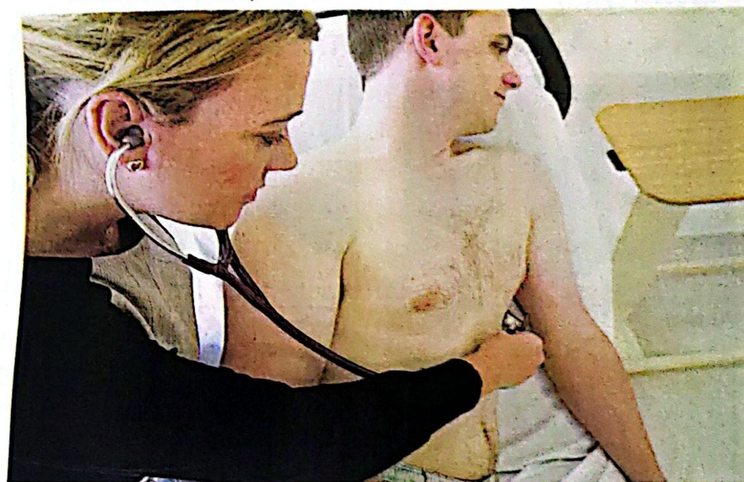
- Draw Z shape to perform Auscultation. Start from distal to proximal.

  **S1_** Best heard at mitral area then Tricuspid area

  **S2_** Best heard at pulmonary area then aortic area

  **3rd ICS_** Aortic Regurgitation

  Then check every valve.



i) Check mitral valve with both Diaphragm and Bell of stethoscope.

سانس باہر نکال کر روک لیں۔

ii) Tricuspid Valve check with both Diaphragm and Bell of stethoscope.

سانس اندر لے کر روک لیں۔

iii) Pulmonary valve check with only Diaphragm.

اٹھ کر بیٹھے آگے جھک کر۔سانس اندر لے کر روک لیں۔

iv) Aortic valve check with only diaphragm.

بیٹھ کر سانس باہر نکالیں اور روک لیں۔

## Thyroid Examination

Must Required 2 things: Paper and Glass of water

1. **Inspection:**
   Hand: Put paper on dorsum of hand and check Tremors then check Cyanosis, Pulse, Clubbing then see neck to check site, size, shape of thyroid.

Movement of thyroid:

پانی پیے ایک گھونٹ اور جب تک میں نہ بولوں پینا نہیں؟

Look on thyroid movement if goiter.

زبان باہر نکالیں

Look on thoyroid if move on protuding of tongue then think thyroglossal cyst.

**INSPECTION OF THE NECK**


At rest


Swallowing


Palpalion for a lhyroid mass


Palpalion for tracheal deviation

2. **Palpation**
   Stand behind the patient and put hand fingers on thyroid bilaterally. Palpate one side and feel then do same on other side.
   *If tenderness with temperature:* Thyroiditis
   *If soft swelling:* Thyroid cyst
   *If hard to palpate:* Thyroid Carcinoma
3. **Percussion**
   Start percussion from retrosternal extend to thyroid and heard any dullness if thyroid enlargement.



4. **Auscultation**
   i) Heard thyroid bruit with bell of stethoscope. Give command to the patient to hold the breath.

اپنی سانس لے کر روک لیں۔

Hard sign of Grave's disease

ii) Aslo check Tachycardia at apex.

**Eye Examination:**

Must perform eye exam to confirm Hyperthyroidism.

1. **Exophthalmous**
   Check protuding of eye ball out side.
2. **Lid lad lid retraction**
   Make H-shape to confirm abnormal movement of eye ball.

سر کو ہلائے بغیر میری انگلی کی طرف دیکھنا ہے۔

3. **Pretibial edema** ( Pink plaque leg )_ seen in Hyperthyroidism
4. **Pedal edem_** Seen in hypothyroidism.

## Cerebellum Examination (Past 2019,2021)

**Viva Question:**

Cerebellum is known as little brain. It is 2nd largest part of the brain. It is located behind brain stem.

**Lobe f Cerebellum:**

1. Ant. Lobe
2. Post. Lobe (Advance Lobe)
3. Floculonodular lobe (Primitive lobe)
   - 2 Cerebellar Cortex attach with vermis.

**Function:** 1. Coordination 2. Balance 3. Tone of muscles

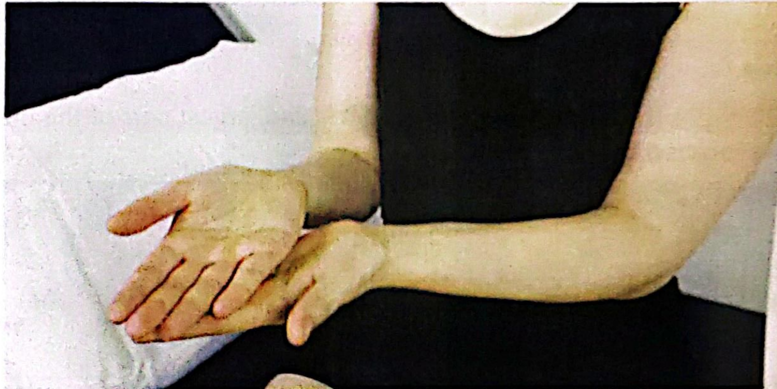
**How to examine cerebellum?**

1. **Inspection:**
   - Check Nystagmus, Hand tremors, Body position stability.
   - Eye movement by making H-shape by your finger. Ask the patient to look on finger without moving neck.
   - Check scanning speech_ Give difficult words to patient for speak like "British Constitution"
   - He/She will not pronounce correctly.

2. **Finger nose test**( If patient is unable to touch his nose then result will be dysmetria.




- **Dysdiadochokinesia** (Put one hand on other palm and dorsum)



**Single line walk** if cerebellum problem then he will not walk on single line.

Other check:

Trendleng berg Gait (Duck like walk)

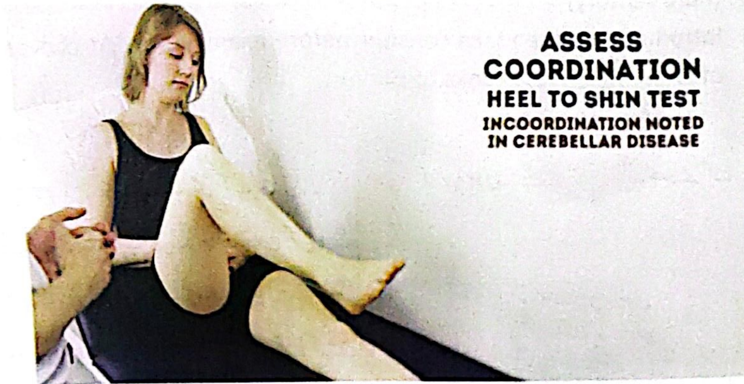
Magnetic Gait (Walk on sole)

Broad Gait (Walk by openly leg)

4. **Tendom gait** (Give command to the patient walk on sole then come back on heel)
5. **Romberg test** Hold hand on shoulder and stand without support if patient fall. Romberg test will +Ve.



6. Tone of Muscles ( Check upper & lower limb)
7. Heel shin test _ ( Rub heel on leg one by one )




8. **Pendular knee_** Check knee reflex with hammer if cerebellum problem then knee joint movement will be like pendulum.

**Cranial Nerve Examination**

Very Very important. One station will be from these nerves.

1. **CN-I Olfactory Nerve Examination**
   - Pure Sensory and control smell sensation If damage **result will anosmia.**
   - Pass **through** ant.cranial fossa cribriform plate of ethmoid bone.

**Examination:**

Introduce first then take consent before examination. At the end of examination say thanks to patient.

!اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے سونگھنے کی حس چیک کرنی ہے مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

*Then put perfume on cotton and close one nostrils of patient. Then bring cotton to other nostrils and ask from patient about smell. Do same on both side.*

*At the end say,*

آپ کے تعاون کا شکریہ

2. **CN-II Optic Nerve Examination**
(Pure sensory)
Introduce first then take consent before examination. At the end of examination say thanks to patient.

!اسلام و علیکم

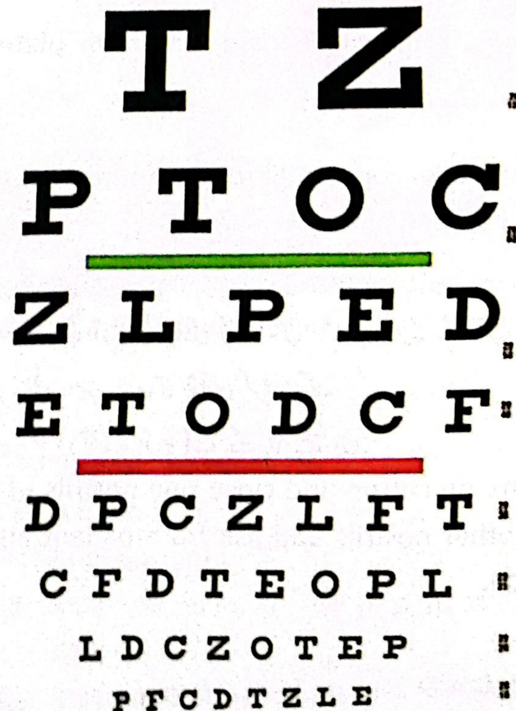
میرا نام ڈکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی آنکھ کامعائنہ کرنا ہے

مجھے امیدہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

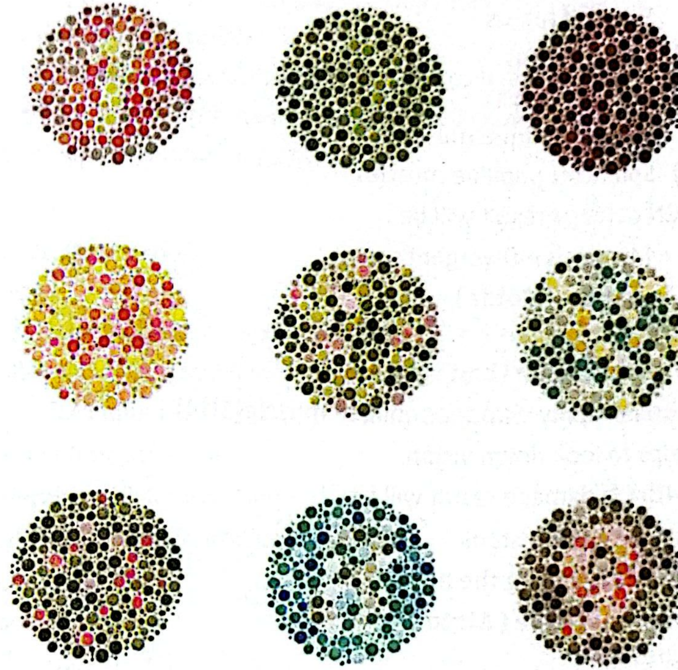
دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. **Inspection**
   - Xanthelasma, Conjunctivitis, Nystagmus
   - Symmetry of the eye
   - Ptosis, Pupil
2. **Visual Acuity**
We use snellen chart. Close one eye and read from an other eye. Distance from eye to snellen chart 6M (20 feet).






3. **Color**
We use Ishara chart for color blindness.



Viva_ D/D for color blindness
i) Congenital color blindness
ii) Optic neuritis
iii) Vit.A deficiency

4. **Light reflex.**
Check light reflex by torch. Put light from lateral and bring light in front. Look dilated pupil or Constricted pupil.
5. **Accommodation_** Check pupil convergence and conception.
At the end say,

آپ کے تعاون کا شکریہ

6. **CN-III Oculomotor (Motor)**
Viva Question:
   - Origin Mid brain ( Ant.View ) and helps to open the eye.

- Muscle Supply:
  - i) Levater Palpebral superioris
  - ii) Superior rectus
  - iii) Medial rectus.
  - iv) Inferior rectus
  - v) Inferior oblique muscles
  - vi) Sphincter papillae muscles

If 3rd CN damage result will be :

Ptosis + Mydriasis + Divergent squint

7. **CN-IV Trochlear ( Motor )**

Viva Question

- Origin Mid brain (Post view)

  Muscle supply: Superior oblique muscle(SO4)

  Helps to look down vision.

  If 4th CN damage result will be:
- Difficulty down stairs
- Difficulty reading the book

8. **CN Abducens Nerve ( Motor )**

Viva Question

Originate from ponto medullary junction of brain stem.

Muscle supply: Lateral rectus ( LR6 )

Responsible lateral movement of the eye.

If 6th CN damage result will be:

Convergent squint (Medial movement of the eye)

**Examination of 3rd, 4th and 6th CN**

السلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی آنکھ کا معائنہ کرنا ہے

مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. **Inspection**
   - Xanthelasma, Conjunctivitis, Nystagmus
   - Symmetry of the eye
   - Ptosis, Pupil



2. **Movement of eye ball**

   By making H pattern with finger. Give command to the patient look on this finger with out rotating head and neck.
3. **Pupillary light reflex**

   Check light reflex by torch. Put light from lateral and bring light in front. Look dilated pupil or Constricted pupil.

At the end say thanks to patient:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

**5th CN: (Mix nerve)**

Division_ Pons

CNV1_ Ophthalmic branch ( Sensory ) Pass through sup orbital canal.

CNV2_ Maxillary ( Sensory ) Pass through foramen rotandum.

CNV3_ Mandibular ( Motor ) Pass through formen ovale. Supply to muscle of mastication

**Remember: Sir Room Only**

**Mastication Muscle name:**

Temporalis Muscle

Masseter Muscle

Medial ptyrigoid

Lateral ptyrigoid

**5th CN Examination**

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے منہ کا معائنہ کرنا ہے

مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

1. **Inspection**

   Facial irritability

   Lesion

   Nasal deformity
2. **Sensation**
   - i) Light touch (Check on both side with light touch of cotton bud)

ii) Pin prick touch (Check both side with sharp pin)

iii) General sensation

جب آپ کچھ کھاتے ہیں ٹھنڈا یا گرم تو محسوس ہوتاہے؟

3. **Motor function**

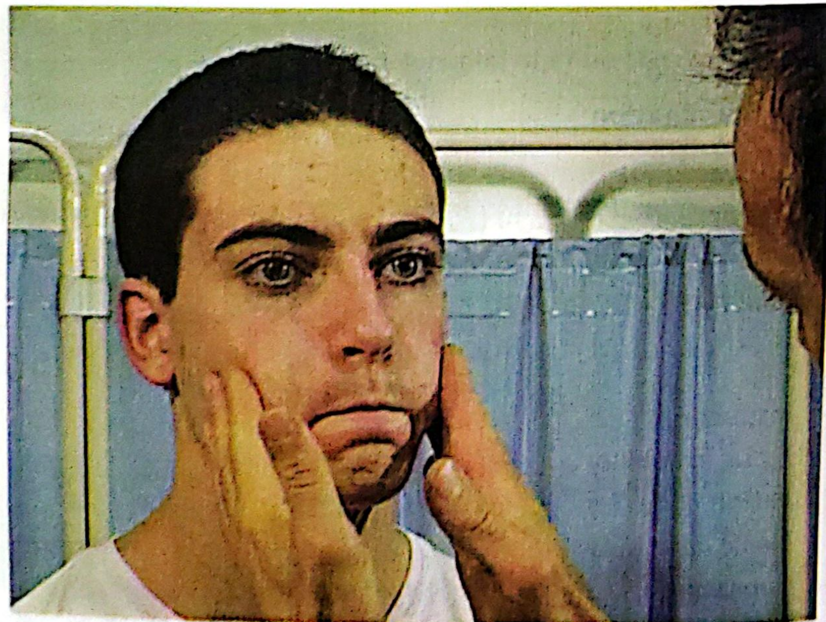
Check muscle of mastication.

آپ کو منہ میں کہیں درد تو نہیں ہے؟ جب آپ کھانا کھاتے ہیں درد تو نہیں ہوتا؟

**7Th CN Examination (Mix)**

1. **Inspection**
   - Symmetry of face
   - Symmetry of the angle of mouth
   - Expression of the face
   - Wrinkle on the forehead_ Give command to the patient look upward.
2. **Ask the patient to close the eye,** And then doctor try to open patient eyes forcelly. If can't open then 7Th CN is normal.
3. **Balloon the cheeks** then tap on both side.

   Check palsy.





4. **Special sensation of the tongue**

جب آپ میٹھائی یا میٹھی چیز کھاتے ہیں تو میٹھا محسوس ہوتا ہے؟

5. **Stapedius**

جب آپ کوئی آواز سنتے ہیں بوجھ تو نہیں بنتا یا زیادہ آواز تو نہیں آتی؟

**8th CN _Vestibulocochlear Examination (Sensory)**

Responsible for Balance and hearing.

1. **Balance**

   Ask the patient to stand. Close both eyes and give command to move hand feet like running.
2. **Hearing**

   Close one ear and whisper some words an other ear then ask that words from patient. Do this in method both side to check hearing loss.
3. **Tuning fork test** (Use to confirm hearing loss)

   Parts: Handle, Prongs

   i) **Rennie test:**

   Touch TFT's on hard object like distal end of radius and bring end of Handle on mastoid when vibration listening slow then bring Prongs in front of ear.

   Ask the patient where he listened better.

   If AC > BC show +Ve Rannie test.

   (Physiology/SNHL)

   If BC > AC show -Ve Rannie test.

   (Conductive hearing loss)



**ii) Weber test**

After touching TFT's with hard object, place the distal end of handle above forehead, Normal vibration on both side. No lateralization of vibration.

If SNHL _ Vibration will be more lateralize on unaffected side.

If CHL_ Vibration will be more lateralize on effected side.



**Viva Example:**

1. **A patient with positive rannie test B/L and Weber test showing lateralize to Right side. Which deafness is present?**

Ans: SNH left side

2. **A patient with negative rannie test and weber test showing lateralize to Right side. Which deafness is present?**

Ans: Right side conductive hearing loss

3. **A patient with positive rannie test B/L and weber test is showing no lateralization.**

Ans: Normal hearing



**11th CN_Accessory Nerve (Motor)**

Important for viva.

**Supply to:**

1) Sternocleidomastoid muscle
2) Trapezius muscle

Helps adduction of shoulder at 180° if damage result will be difficulty in combing the hairs.

**9th and 10th CN_ Glossopharyngeal and Vagus nerve ( Mix )**

**9th CN:** Supply to Stylopharyngeus muscle and post 1/3 of the tongue.

If damage then result will be difficulty in swallowing.

**10th CN:** Supply pharynx muscle except stylopharyngeus.

**Examination of 9CN and 10th CN**

!اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کے منہ کا معائنہ کرنا ہے

مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

**Inspection:**

Facial irritability and Lesion

Look oral cavity, tongue

Symmetry of the vulva

منہ کھولیں آہ کریں اور زبان نیچے کریں۔

At the end say:

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

**12CN_ Hypoglossal nerve ( Motor )**

Motor supply to upper 2/3rd of the tongue.

Examination:

Give command

منہ کھولیں اور اپنی زبان باہر نکالیں۔

Look on the symmetry of the tongue.

## Upper Limb Examination

اسلام و علیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی بازوں اور ہاتھوں کامعائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Exposure
Position 45°

1. **Inspection**
   (Remember SWIFT)
   4S_ Skin changes, Symmetry of the muscles, Scar, Surgical marks
   W_ Muscle wasting
   I_ Involuntary Movement
   F_ Fasciculation
   T_ Tremors



2. **Tone**
   Hypertonia: UMN lesion
   Hypotonia: LMN lesion
3. **Power of Muscle**
   Always compare the muscle strength on both sides of the body to identify any asymmetry.



4. **Co-ordination**
   Perform any one
   - Finger nose test
   - Dysdiadochokinesia
5. **Proprioception**
   Close the eye and move patient hand thumb in-out then ask from patient position of thumb in and out.
6. **Sensation**
   Patient eyes should be close.
   Light sensation: Touch with cotton bud
   Touch sensation: Check with sharp pin
7. **Reflex :**
   Check Biceps and Triceps tendon reflex with hammer.



At the end cover the patient say thanks to examiner.

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

**Viva Question:**

Tremors type:
Resting tremors_ Parkinson disease
Fine tremors_ Hyperthyroidism
Essential tremors_ Tremors at rest and worst at movement.
Intension Tremors: Tremors at movement

## Lower Limb Examination

اسلام و علیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے۔ میں آپ کی بیماری کی تشخیص کر رہا ہوں۔ مجھے آپ کی ٹانگوں اور پاؤں کا معائنہ کرنا ہے مجھے امید ہے ۔ آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

دوران معائنہ اگر کسی قسم کی تکلیف ہو تو آپ مجھے بتا سکتے ہیں۔

Exposure

Position 45°

1. **Inspection**

   (Remember SWIFT)

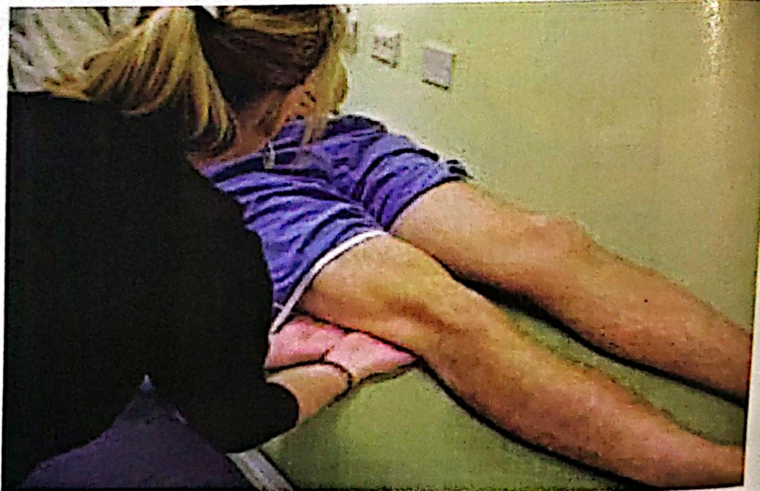
   4S_ Skin changes, Symmetry of the muscles, Scar, Surgical marks

   W_ Muscle wasting

   I_ Involuntary Movement

   F_ Fasciculation

   T_ Tremors



2. **Tone**

   Check both leg tone to see_

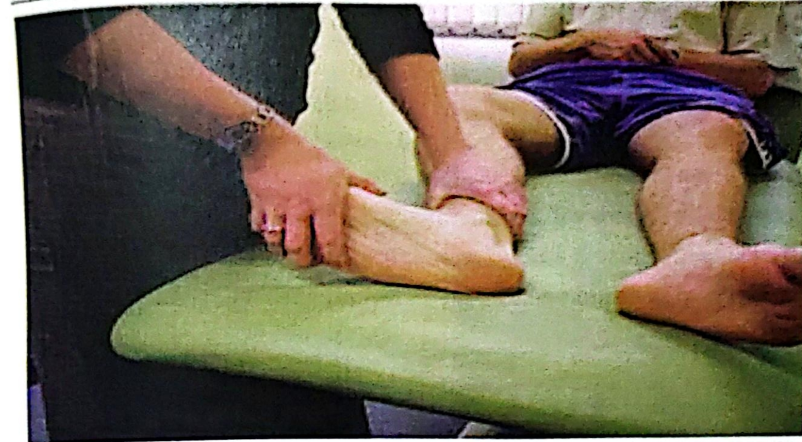
   Hypertonia: UMN lesion

   Hypotonia: LMN lesion

3. **Power of Muscle**

Always compare the muscle strength on both sides of the leg to identify any asymmetry.





4. **Co-ordination**

   Perform any one:

   - Heel to shin test ( Give command to walk on heel )
   - Tendom gait ( Give command to the patient walk on sole then come back on heel )
   - Romberg test_Hold hand on shoulder and stand without support if patient fall. Romberg test will +Ve.

5. **Proprioception**

   Close the eye and move patient foot thumb in-out then ask from patient position of foot thumb in and out.

6. **Sensation**

   Patient eyes should be close.

   Light sensation: Touch with cotton bud on leg both side.

   Touch sensation: Check with sharp pin on leg both side.

7. **Reflex :**

   Check Knee and ankle tendon reflex with hammer.

   At the end cover the patient say thanks to examiner.

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

CHAPTER 2

# ENT

**ENT most important topic for Viva**

**In exam station there will be diagram. Examiner will provide picture and will say diagnose it and tell management.**

**Mostly repeated Station picture given below.**

**Otitis Media**

**Types:**

1. Acute otitis media
2. Chronic otitis media
3. otitis media with effusion

**Symptoms:** Otalgia, otorrhea, irritability, fever, hearing loss

**Causes:** Streptococcus pneumonae (Most common), influenza, Moraxella, Staph.Aureus

**Treatment:**

1. Analgesic
2. Antipyretic (Paracetmol)
3. Antibiotic (Amoxicillin 80 mg/kg per day)
4. Myringotomy_ incision in tympanic membrane for drainage of abscess.





**Tympanic Membrane Perforation (Past 2019, 2022,2024)**

**Types of perforation:**

1. Central perforation (Tubo tympanic)
2. Marginal perforation (Attico antral)

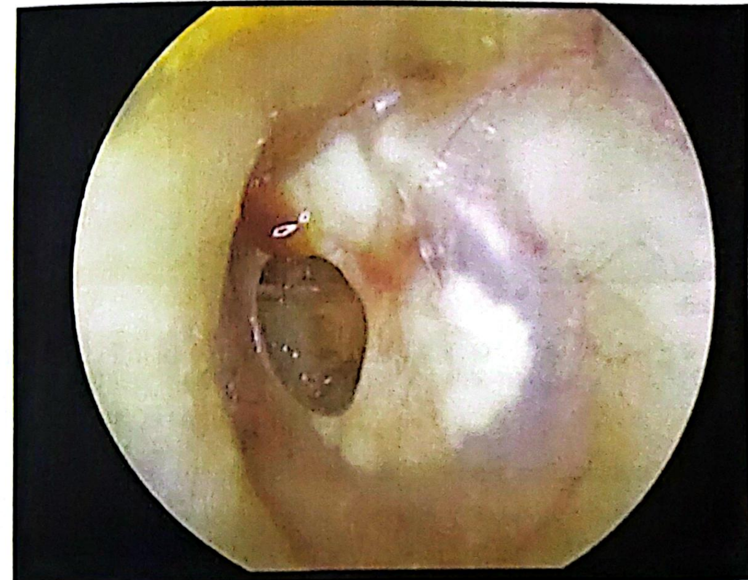
**Causes:** infection, Trauma, Rapid change in pressure

**Symptoms:** Otalgia, Otorrhea, Tinnitus, Vertigo

**Ix:** TFT for conducting hearing loss , Otoscopy

**Treatment:**

1. Ear toilet
2. Antibiotic drop _ ofloxacine, ciprofloxacine
3. Tympanoplasty



**Otomycosis**

Fungal infection in external ear. Most commonly caused by candida and aspergillus. Seen in immunocompromised and Post Antibiotic side effect.

**Symptoms:** Fever , Pain, Itching, Ear discharge with water musty odor

**Ix:** TFT and Otoscopy

If white: candida

If black: Aspergillus Niger

If blue/green: Aspergillus Fumigitus

**Treatment:**

**Antifungal drops:** Clotrimazole and fluconazole drops



**Epistaxis**

**Causes:** Facial trauma, Foreign body irritation, Sinus infection, Dry Air, Bleeding disorder

**Types:**

1. 1.Ant.Epistaxis: Common in children – Bleeding from nose
2. Post. Epistaxis: Common in old age- Bleeding down back of throat into stomach then appear bloody vomit.

**Treatment:**

1. Compression of little area for 5 mint/ Trotters method
2. Cocaine spray
3. Eelectrocoagulation
4. Ant.nasal packing
5. Post.Nasal packing
6. Endoscopic cauterization
7. SMR surgery
8. Ligation and embolization of Ethmoid and maxillary artery





**Nasal Polyp**

Finger like projection in mucosa of para nasal sinus non cancerous growth.

**Types:**

1. **Ethmoid polyp_** Bilateral and seen in adults. Caused by Allergic Asthma, Allergic Rhinitis/Sinusitis

**Ix:** Ant.Rhinoscope

**Treatment:** Treat underlying cause

   1. Nasal decongestant and anti histamine
   2. Surgery polypectomy
   3. If recurrent then ethmoidectomy with endoscopy

2. **Antrochoanal polyp_** Originate from maxillary sinus. Unilateral seen in children. Caused by Chronic maxillary sinusitis.

**Ix:** Post. Rhinoscopy

**Treatment:**

Polypectomy

If fail then do cald well luc procedure_ Excision of debris, irrigate and placement of Abx gentamycine in sinus.



**Tonsillitis**

**Types:**

1. Acute_ < 2 weeks
2. Chronic_ > 2 weeks

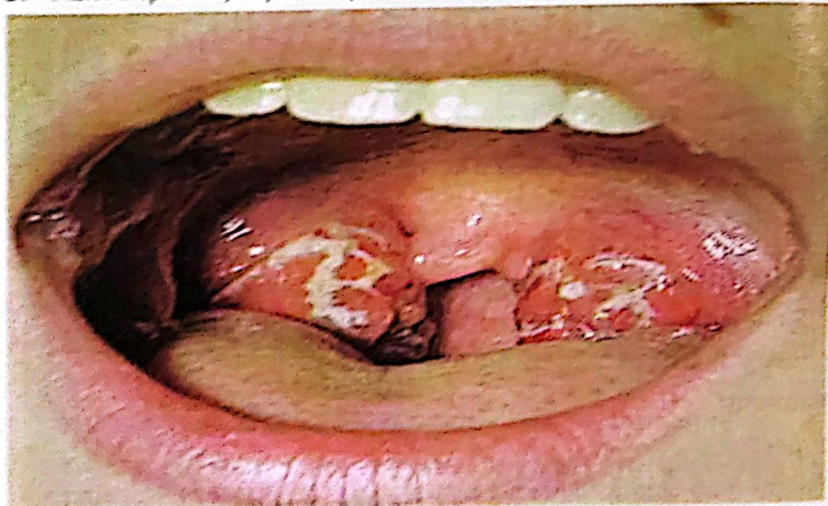
**Symptoms:** Swollen tonsil, Sore throat, Difficulty in swallowing, Tender lymph node in neck

**Causes:** Streptococcus, Staphylococcus, H.Influenza, Diphtheria

Dx. Swab culture, CBC

**Treatment:**

1. Analgesic
2. Antipyretic
3. Abx Ampicillin, Erythromycin



**Auricular Hematoma**

A blood collection that either separates the pinna's perichondrial and cartilaginous layers or lies within the cartilage.

Also known as " Cauliflower Ear"

**Causes:** Blunt ear trauma during sports

**Symptoms:** Discoloration, swelling or bruising of ear, Ear pain. Ear bleeding. Headaches.

**Treatment:**

1. Prompt drainage and pressure dressing
2. Analgesic and Antibiotic cover





**Diphtheria**

Greyish white pseudomembrane on the tonsils, Pharynx and nasal cavity.

**Symptoms:** Sore throat, Low grade fever, Bull neck appearance

**Cause:** Corynebacterium Diphtheria and

Spread by droplets.

**Ix:** Elek test, PCR

**Treatment:**

Analgesic, Antipyretic, Antibiotic

Erythromycin for one week

CHAPTER 3

# DERMATOLOGY

**Important Dermatology Viva and Question**
**Important Dermatology Topics (Very Imp for NRE-2)**
**Station will be on diagram. Examiner will show picture and ask diagnose it and do management. So remember all mentioned important picture.**

**Eczema ( Past 2021,2022)**

Every eczema is a dermatitis but every dermatitis is not eczema.

i) Contact irritant dermatitis
ii) Contact allergic dermatitis

**Symptoms:**

Initial: Redness, swelling, edema, papule, vesicles
Later: Start spreading, dryness, scaling, fissuring and lichenification.
**Ix_** Skin patch test to check allergens
**Rx.** Withdraw from exposure irritant and allergens.
Topical steroids



**Psoriasis (Past 2019, 2021,2023)**

Silvery scales behind the ear.

**Causes:**

Autosomal disease, UV light, Toxins, HLAB27



**Morphological type:**

1. **Guttate Psoriasis_** Rain drops pigments on skin
2. **Numular psoriasis_** Round disc shaped pigments on skin
3. **Rupoid psoriasis_** Cone shaped pigments
4. **Exfoliative Psoriasis_** Acute skin failure (Erythroderma)

**Symptoms:**

Silvery scale, Auspitz sign (pinpoint bleeding upon removing scale)
Koebner phenomena (Newly skin lesion on trauma site)
**Treatment:** Bed rest, Control risk factor
Topical steroids, Prednisone, Methotrexate, PUVA therapy.
If resistant: Vit.A (Retinoid)



**Squamous Cell Carcinoma ( Past 2022 , 2024 )**

**Causes:** UV ray's most common, Pre existing skin condition, Leprosy
Appear on lower lip and chin cauli flower like lesion.
**IX.** *Skin biopsy*
**Treatment:** Excisional biopsy + Radiotherapy



**Basal Cell Carcinoma (Past 2021)**

Rodent ulcer on upper lip and face.

Initially ulcer later on ischemic necrosis and hemorrhagic lesion.

**Causes:** UV ray's, fair skin, older people

**Ix:** Skin Biopsy

**Treatment:** Surgical excision + Radiotherapy



**Impetigo (Past 2019,2021)**

Golden yellow crusting around the lips and oral cavity that rupture quickly.

Involve epidermis.

**Causes:** Staphylococcus aureus and streptococcus

**Complication:** Post streptococcal glomerular nephritis

**Treatment:** DOC_Neomycine ointment, Fusidic acid cream





**Carbuncle (Past 2020,2023)**

Multiple pus drainage most commonly back of neck and also seen on trunk and legs.

**Risk factor:** Immunocompromised e.g DM, Steroids intake, Malnutrition

**Treatment:** Incision and drainage, IV Flucloxacilline 250-500mg / 6hr for 5 to 7 days.



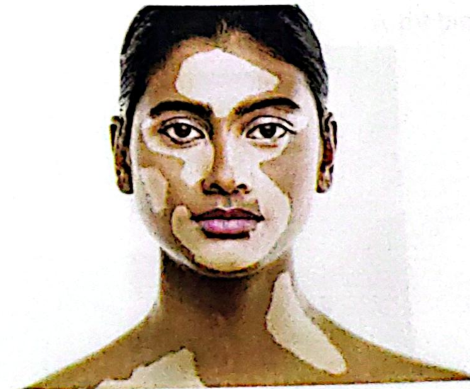
**Vitiligo ( Past 2020,2021)**

Partial depigmentation of skin due to autoimmune

**Site:** Acrofacial commonest

**Dx.** Woods lumps ( Set the patient in dark room, it will show varigate color

**Treatment:** Topical steroids, PUVA therapy, Hydroquinone



**Pityriasis Rosea (Past 2020)**

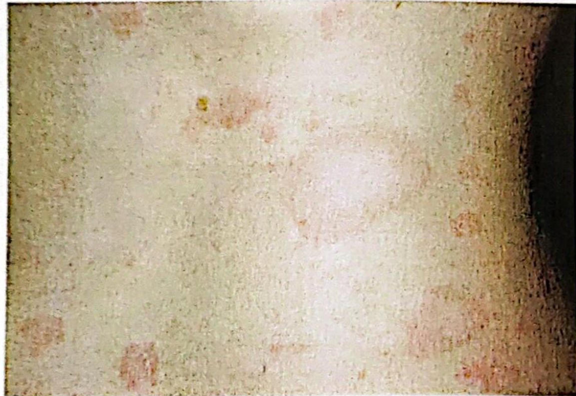
Rash that begins as an oval spot on face, chest, abdomen.

**Causes:** Viral infection (Herpes virus)

**Sign_** Herald patch (Single slightly raised oval shaped pink scaly patch)

**Symptoms:** Headache, Fever, Sore throat, Joint pain

**Treatment:** Topical steroids, Acyclovir, Antibiotic therapy to prevent infection, Phototherapy



**Acne Vulgaris (Past 2020,2021,2023)**

Black and white head rash mainly on face in female.

Macule, papule, pustule, scarring

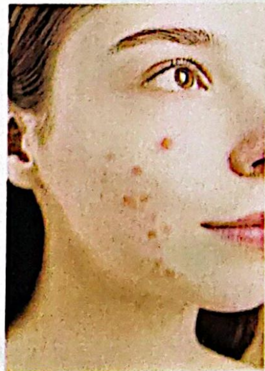
**Risk factor:** Stress, Puberty, Oily food intake, Cosmetic

**Treatment:**

**Supportive:** Relieve stress, Bed Rest, Avoid stress, Diet control

**Specific:** Clindamycin cream, Tab. Doxycycline 100mg,

If Resistant: Retinoid Vit.A





**Melanoma (Past 2022,2024)**

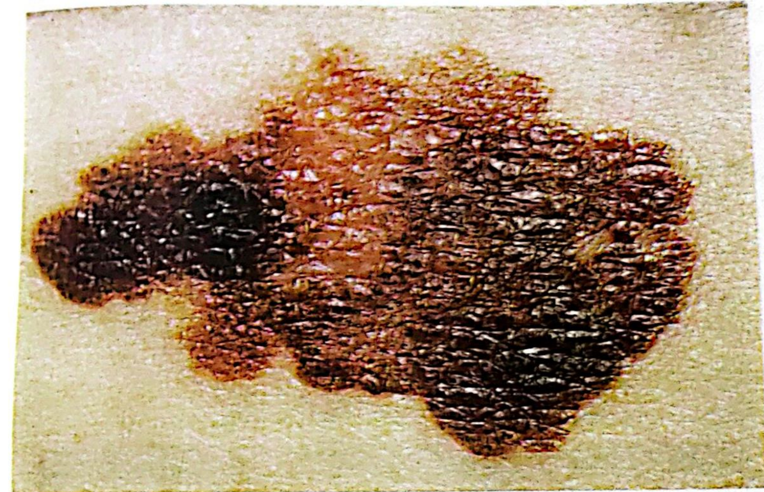
Over production of melanin.

**ABCE_** Asymptomatic, Border irregular, Colour variation, Evaluation of new lesion.

**Cause:** UV Rays

**Ix:** Excision biopsy

**Treatment:** Surgical Excision + Chemotherapy



**Extra topic need to cover:**

1. SLE
2. Chicken Pox
3. Measles
4. Tinea

CHAPTER 4

# OPHTHALMOLOGY

**Important picture and Cases.**

**Station will be on picture to diagnose then management. So prepare according it.**

**Acute Conjunctivitis**

(Thin transparent Vascular layer)

**Causes:** Adenovirus, Bacterial, Allergic, SLE

**Symptoms_** Red itchy eye, watery discharge (Viral), Pus discharge (Bacterial), Irritation with itching (Allergic)

**Ix_** Send culture of discharge

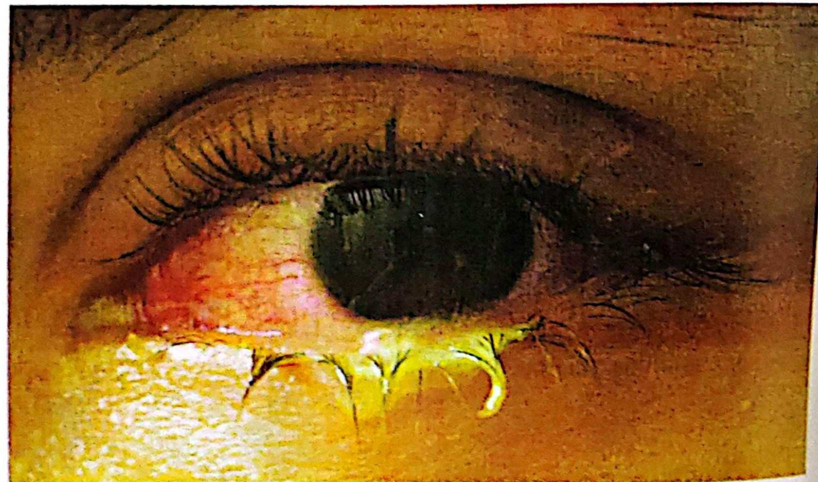
Viral_ Serology < PCR

Allergic_ S/IgE , Eosinophils

**Rx_ If Bacterial_** Abx Quinolone or Gentamycine eye drop

**If Viral_** Self limiting, Only prophylactic Abx

**If Allergic_** Avoid allergens, Topical steroids, Oral antihistamine



**Ptyregium**

Small mass vascular mass from inner canthus to pupil which lead to degeneration of conjunctiva.

**Cause_** Long term exposure to VU light



**Rx_** Surgical Excision

**Retinoblastoma**

Unilateral 2-4 Year of age.

White pupil due to Rb gene defect.

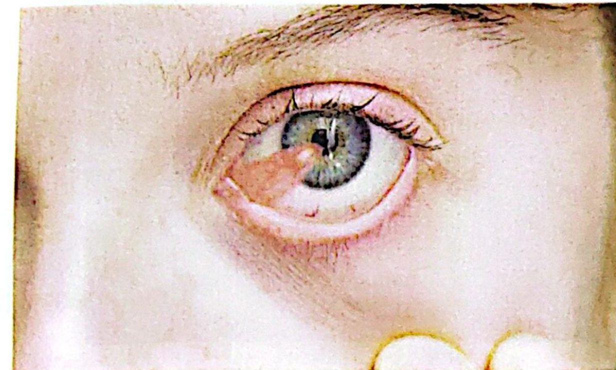
Stages:

i) Quiescent stage_ Asymptomatic

ii) Glaucomatous stage_ Raised IOP, pain and bulge

iii) Extraoccular stage_ Extension of limbus

iv) Metastasis stage_ To optic nerve and brain



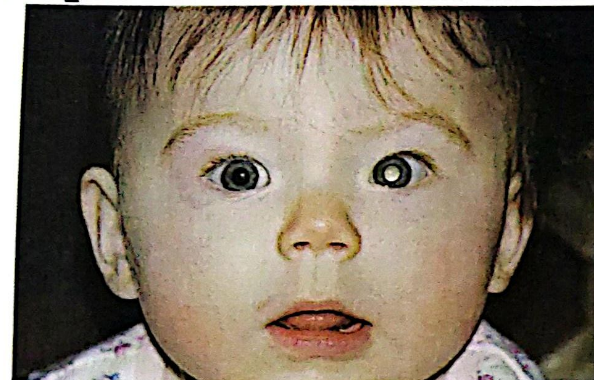
**Ix_** CT scan, MRI orbit

**Rx_**

i) Surgery
   - <3mm Argon laser photo coagulation
   - > 3mm Nucleation

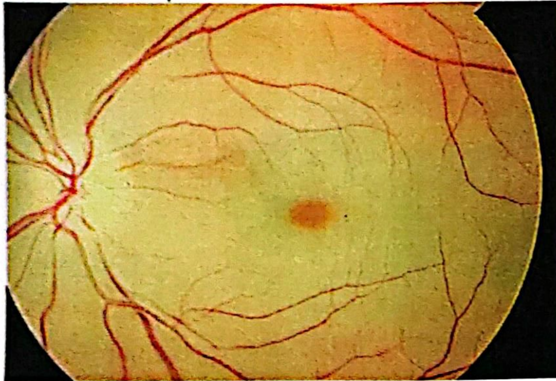
ii) Radio chemotherapy

**Complication_** Risk of Osteosarcoma



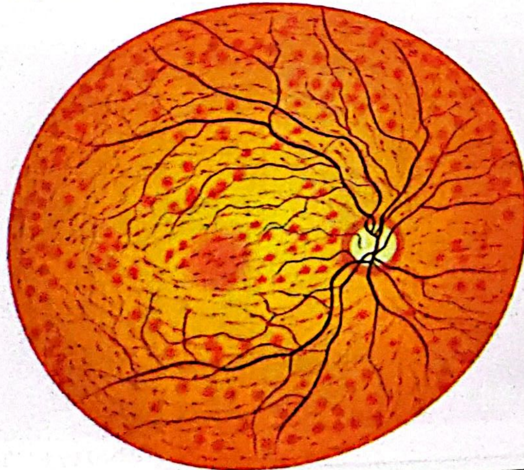
**Central Retinal artery Occlusion**
Sudden onset painless loss of vision.
- Cherry red spot on Retinoscopy

**Causes:** Thrombus / Embolism
Rare atherosclerosis
**Rx_**
i) Eye Massage
ii) Iv acetazolamide
iii) Vasodilators (Iv nitrates)
iv) Paracentesis of aquous humor.



**Central retinal vein occlusion**
Sudden onset painless loss of vision
- Stormy sunset appearance

**Causes:** Atherosclerosis( HTN/ DM )
**Rx_**
i) Laser photocoagulation
ii) Heparin, Steroids



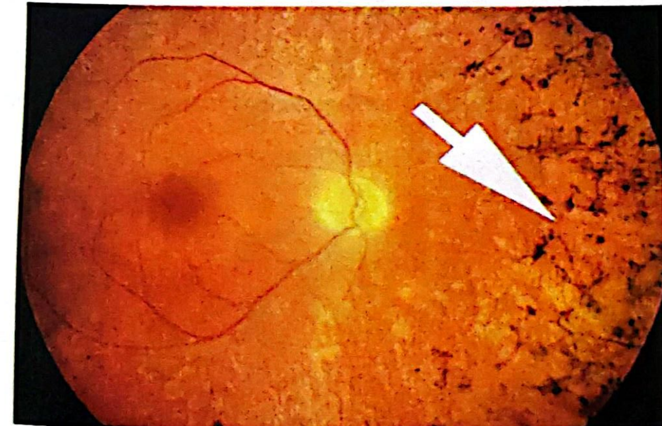


**Retinal Detachment**
Separation of inner and outer layer of retina.
**Causes:** Trauma after cataract surgery
Retinoscopy_ Dull grey retina
**Rx**
i) Small_ Laser photocoagulation / Cryo surgery
ii) Large_ Retinopexy



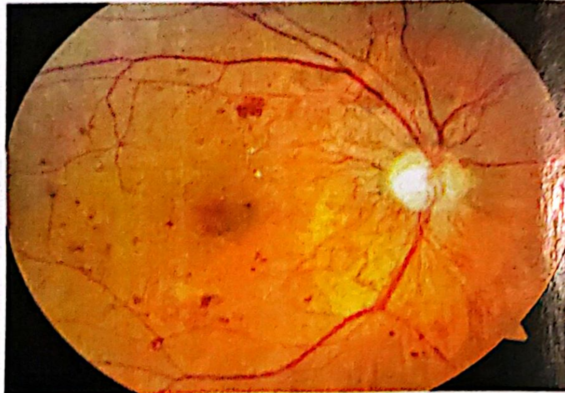
**Retinitis Pigmentosa**
Black pigment all over the periphery with bony spicules.
**Symptoms:** Night blindness later on complete blindness
**Causes_** Congenital
i) Lawrance moon briedal syndrome
ii) Refsum syndrome

**Rx _ Sunglasses'**



**DM Retinopathy**
Blurry vision with k/c of DM
- New vascularization in retina

Cotton wool appearance
**Rx_** Control of sugar, Laser photocoagulation.
**Retinal Hemorrhage:**
i) Blot hemorrhage
ii) Flame hemorrhage



**Senile cataract**
- Age related cataract

**Etiologies:**
DM, Dehydration, HTN, Poor diet(Vit.ACE def), Alcohol, Tobacco, Ionizing radiation
**Types:**
i) Cortical 75% _
- Cuneiform ( Wedge shaped all over the cortex )
- Cupuliform ( Disc shaped only post cortex )

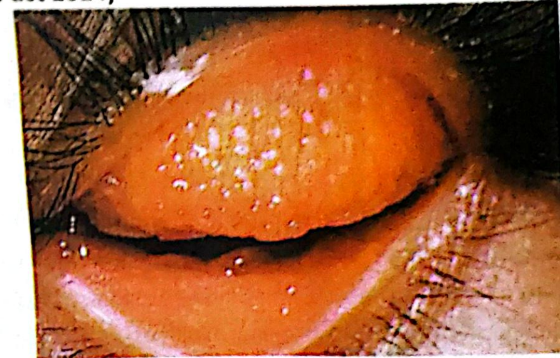
ii) Nuclear 25% _ Black cataract
**C/F_**
Asymptomatic _ Routine examination
Symptomatic_ B/L white pupil with gradual loss of vision, Visual distortion, Lacrimation.





**Rx_ Surgery**
i) Phacoemulsification ( Most common )
ii) Extra capsular cataract extraction
iii) Intra capsular cataract extraction

**Trachoma (Past 2024)**



Conjunctival follicles involvement and Present with blindness.
Caused by Chlamydia trachoma.
**Stages: FISTO**
- Follicular stage
- Intense stage
- Scarring stage
- Opacity of cornea

**Treatment:** Azithromycin

CHAPTER 5

# X-RAY AND CT SCAN

**How to read an Chest X- ray?**

**X – Ray PA view**

- A _ Airway in the lungs( Trachea, bronchus, Hilar L.N
- B _ Bones
- C _ Cardiomegaly
- D _ Diaphragm

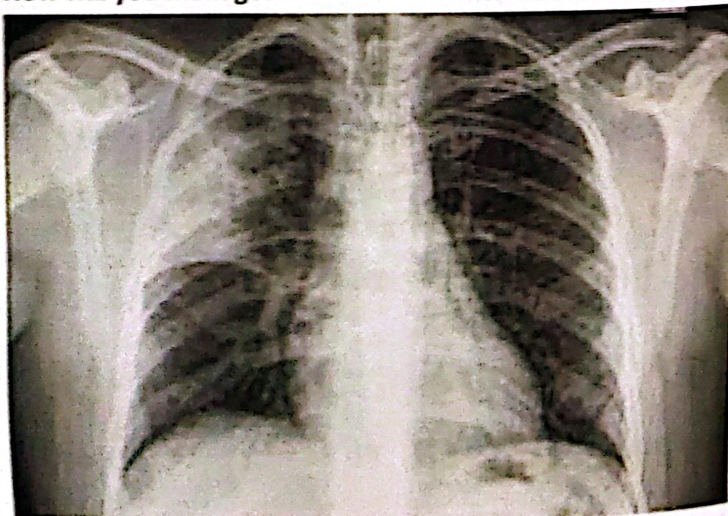
**Comment on Chest X - Ray:**

This is PA chest x- ray of patient Asim, 40 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma is normal, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Comment like this on every x- ray if any abnormality then explain according.**

**Case:1 (Past 2021,2024)**

1. **Diagnose this X-ray?**
2. **How will you manage?**



**Ans_1:** This is lobar pneumonia in right middle lobe



**Comment:**

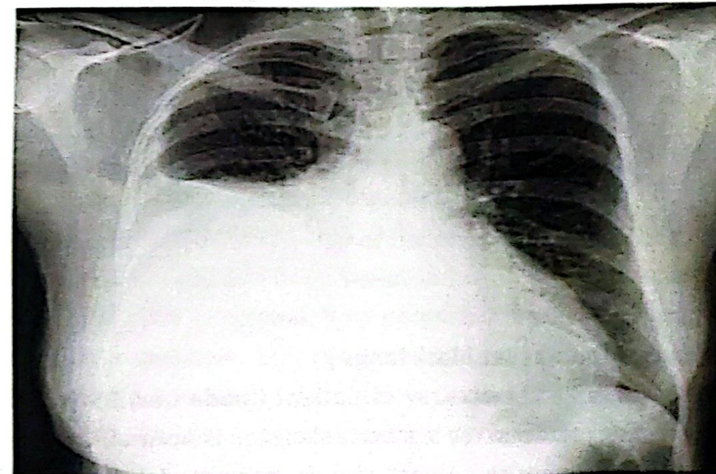
This is PA chest x- ray of patient Ali, 32 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, Right middle lobe pneumonia without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_2:** i) Antipyretic ii) Abx

Amoxicilline1g TDS / Azithromycin 1g OD / Levo/ Moxifloxacine 400mg BD.

**Case: 2 (2019,2021 )**

1. **Diagnose this x- ray?**
2. **Tell about management?**



**Ans_ 1: Right sides pleural Effusion**

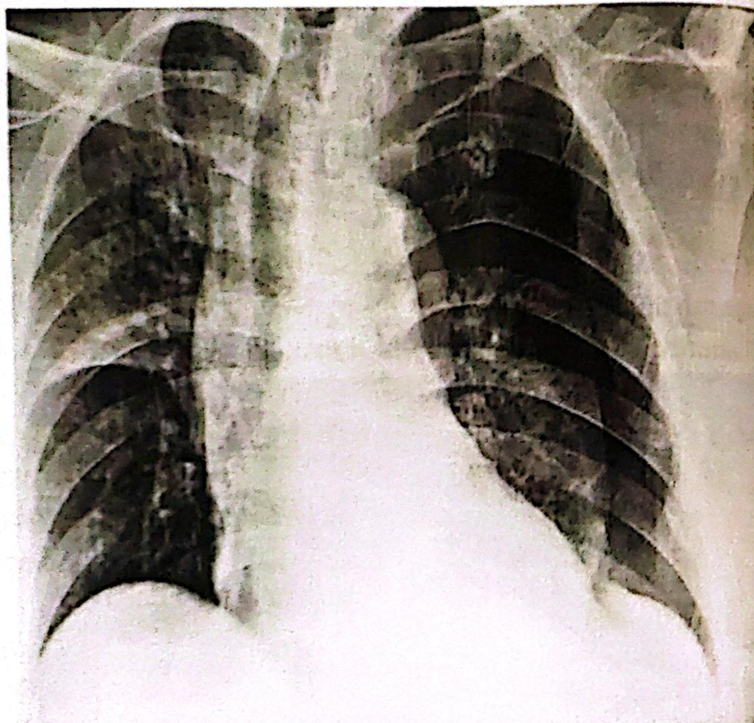
**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Ahmad, 40 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is deviated to the opposite, Right middle and lower lobe effusion, Heart size is normal without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_2:**

i) Thoracocentesis_ post axillary at 8ICS
ii) Chest tube insertion
iii) Pleurodesis_ by injecting sclerosing agent
iv) Surgery_ Video assisted thoracoscopic surgery

**Case: 3 (Past 2023)**

1. **Diagnose this x- ray**
2. **How will you manage this problem?**



**Ans_1: Pneumothorax ( Jet black lungs )**

**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Khuda bux, 55 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is deviated to the opposite,, Heart size is normal, Jet black lungs suggestive pneumothorax, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_2:**

i) Aspiration_ needle insert 2nd intercostal space at mid clavicular line

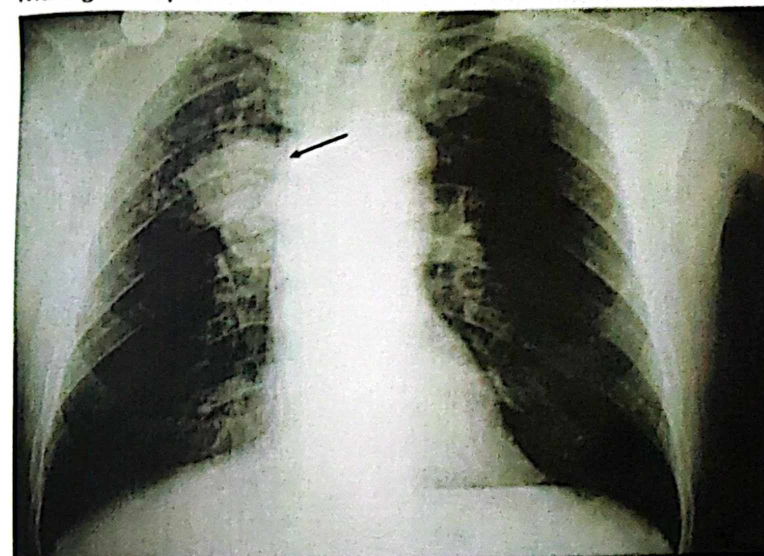
ii) If fail then chest tube intubation

iii) If fail then Pleurodesis / Surgery ( VATS )



**Case: 4 (Past 2021)**

1. **Diagnose this X- ray?**
2. **Manage this problem?**



**Ans_1:** Right Middle lobe bronchogenic CA

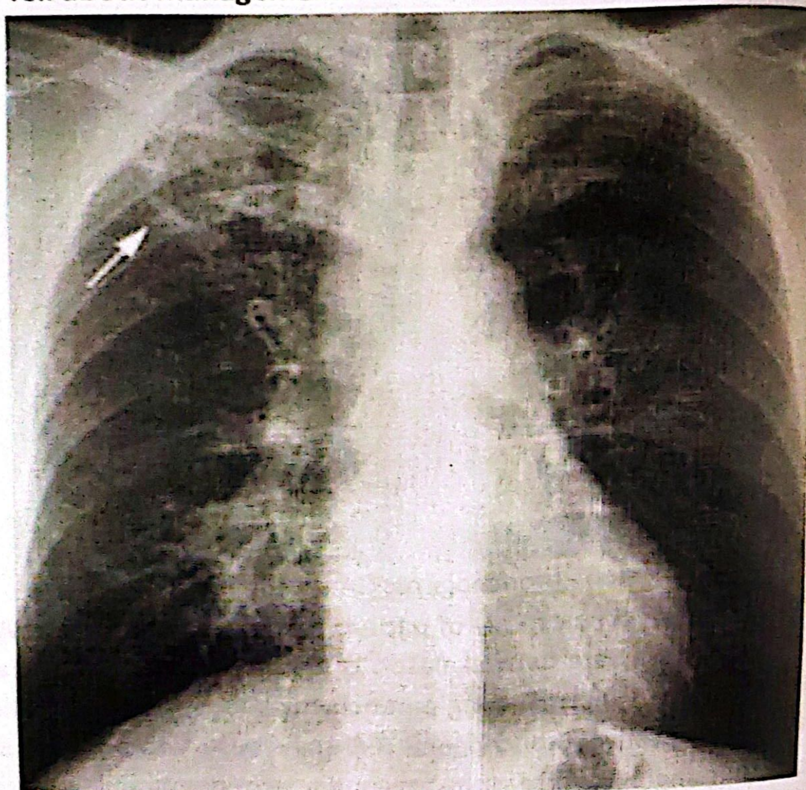
**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Atif, 61 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma showing right middle lobe lesion suggestive Bronchogenic CA may be, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_2:** i) If SCL CA only chemotherapy because already cancer spread.

i) If NSCL CA then lobectomy or pneumonectomy + Radiochemotherapy

**Case_5 : ( Past 2019)**

1. **Diagnose this X ray?**
2. **Tell about management?**



**Ans_1: T.B ( Cavitatory lesion Right upper lobe )**

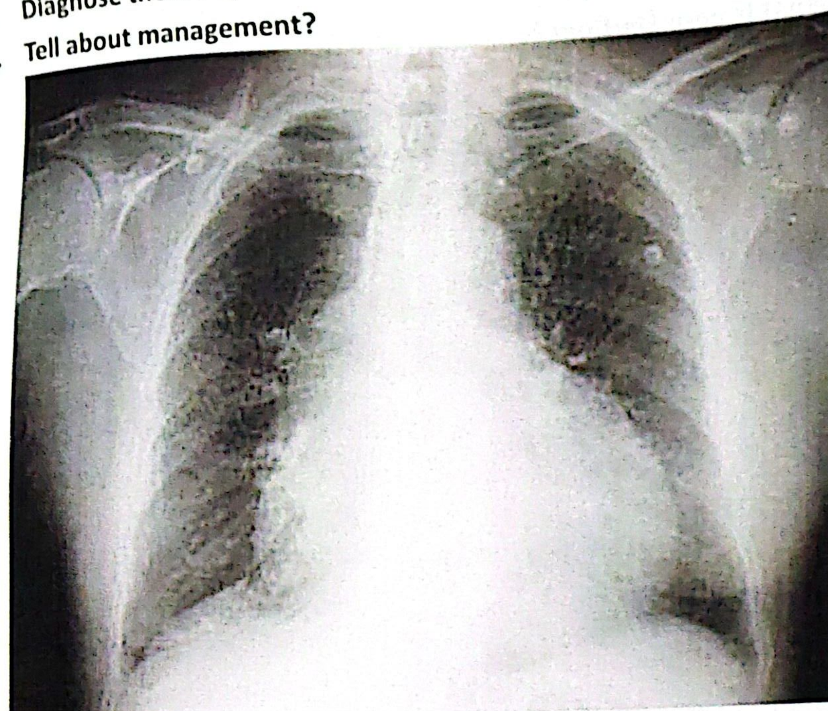
**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Ali, 30 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, Cavitatory lesion in right upper lobe without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Its suggestive T.B

**Ans_2: Rx_** ATT for 6 months

Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol, Pyrazinamide

**Case: 6 ( Past 2020 )**

1. **Diagnose the X-Ray?**
2. **Tell about management?**



**Ans_1:** Pericardial Effusion

**Comment:**

This is PA chest x- ray of patient Asia, 40 year old female. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, lung parenchyma is normal, enlarged heart size without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

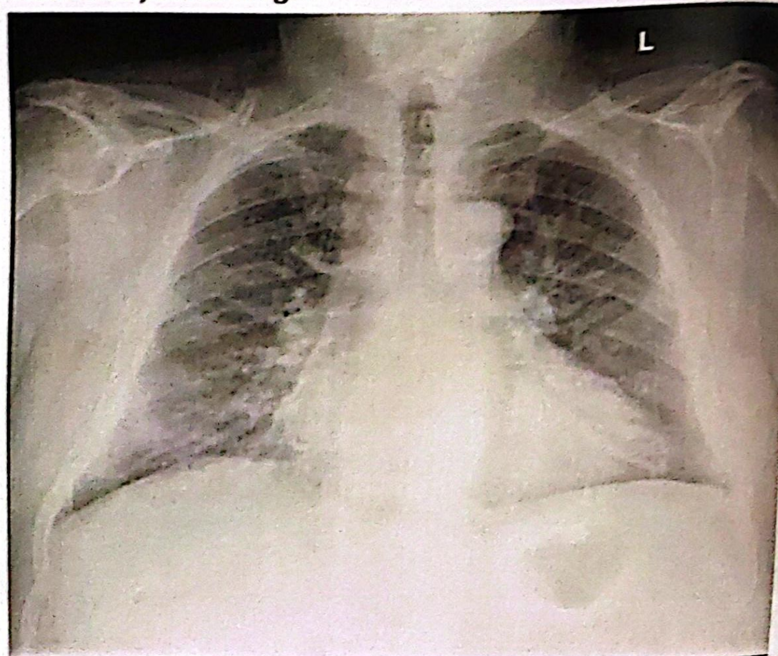
**Ans_2:** i) Treat underlying cause

T.B, Coxa sackie virus, Staph.Aureus, Malignancy

ii) Pericardiocentesis_ 5ICS near left sternum.

**Case:7 ( Past 2024)**

1. **Diagnose the X-ray?**
2. **What is your findings?**
3. **How will you manage?**




**Ans_1: Congestive heart failure**

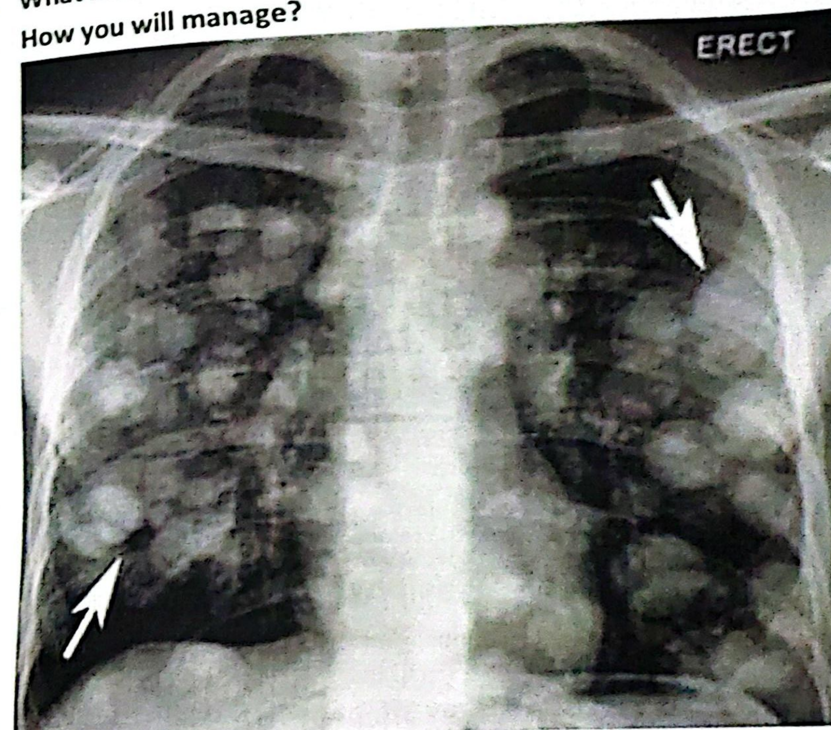
**Ans_2:** X- ray showing cardiomegaly with pleural effusion and interstitial edema and alveolar edema.

**B-kerly line , Bat wing appearance**

**Ans_3:** i) Life style modification_ Manage fluid intake, low sodium diet ii) Diuretics iii) Perocardiodectomy

Case_8: (Past 2019,2021)

1. Diagnose the x-ray?
2. What is findings?
3. How you will manage?



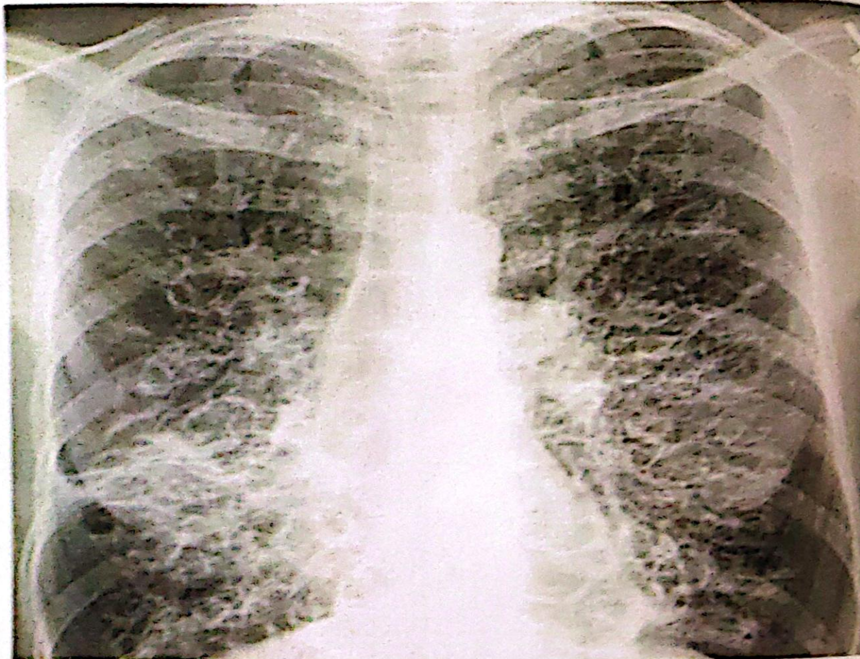

**Ans_1:** Lung metastasis

**Ans_2:** This is PA chest x- ray of patient Sabir, 49 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma canon ball appearance, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_3:** i) Chemotherapy ii) Surgery iii) Targeted therapy

**Case_9: ( Past 2017)**

1. **What is the radiological findings?**
2. **Explain the treatment of this problem?**



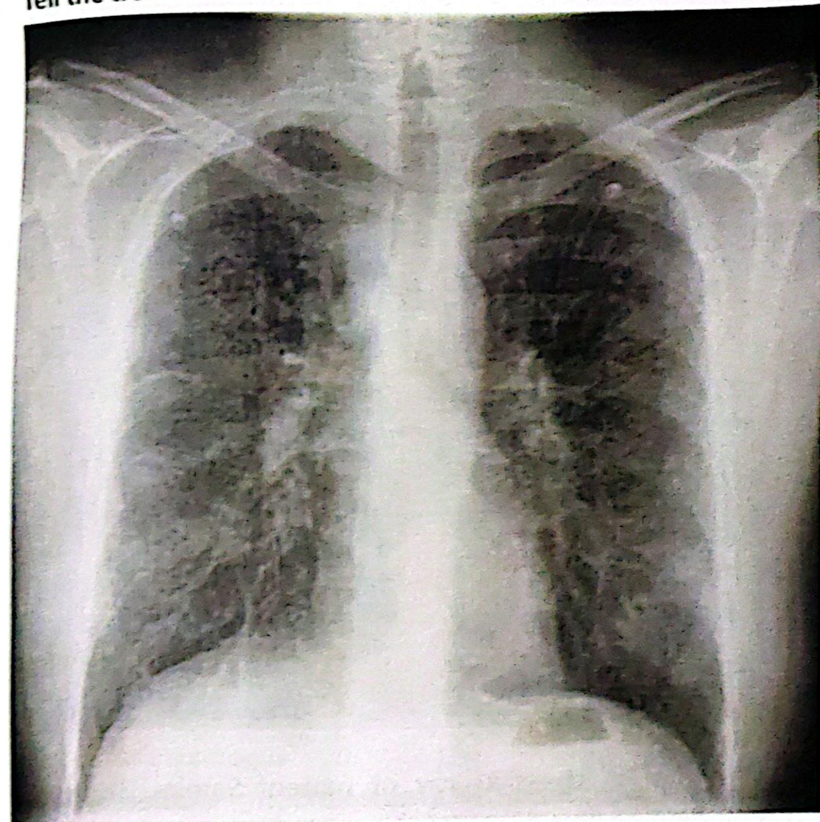
**Ans_1:** Bronchiectasis

**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Mudasir, 35 year old male. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma appearing honey comb without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Suggestive Bronchiectasis.

**Ans_2: Rx.** i) Mucolytics ii) Abx to prevent infection iii) Salbutamol iv) CFTR modulators_ ivacafter

**Case_10: (Past 2018)**

1. **What is the diagnosis?**
2. **What is findings?**
3. **Tell the treatment of choice?**



**Ans_1:** Sarcoidosis

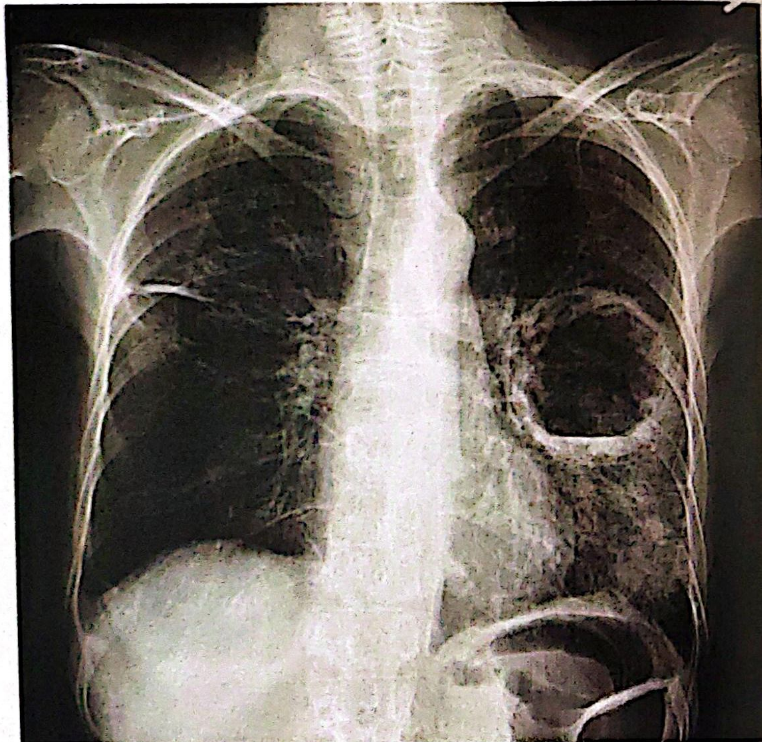
**Ans_2:** B/L Lymphadenopathy

**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Sonia, 32 year old female. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, lung parenchyma is With B/L lymphadenopathy, without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm.

**Ans_3: Rx** Steroids + Immunosuppressant

Case_11:

1. Diagnose the x_ ray?
2. Tell about the management?



**Ans_1:** Lung Abscess

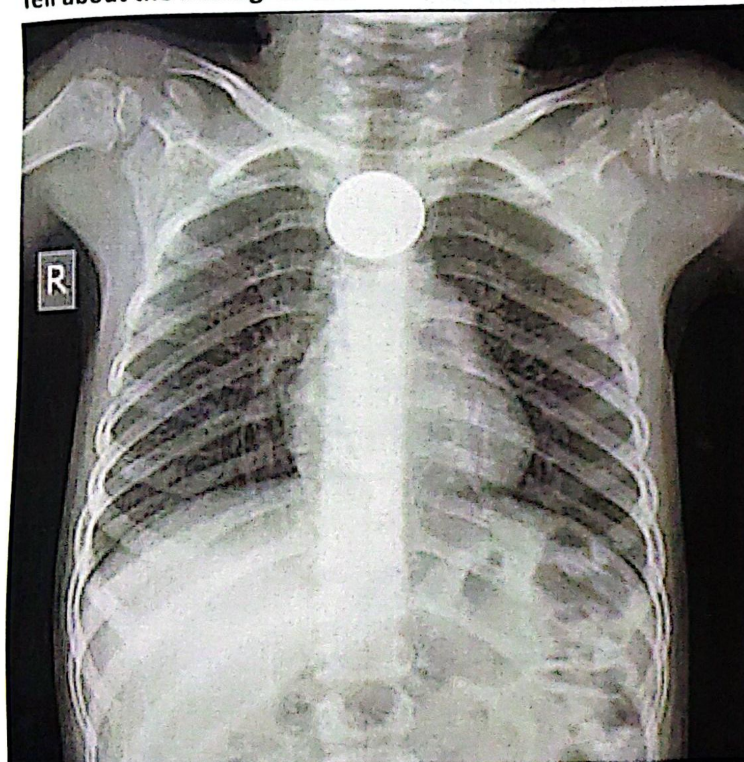
**Comment:** This is PA chest x- ray of patient Samira, 38 year old female. My finding on this x- ray are bony skeleton is normal, Trachea is central located, Heart size is normal, irregular shaped cavity left lung without costo-cardiophrenic angle and no gas shadow under right diaphragm. Suggestive to Lung Abscess

**Ans_2:** Antipyretic, Analgesic, Broad spectrum antibiotic _Bactamox 1.5g, Tanzo 4.5 g TDS



Case_12:

1. Diagnose the x-ray?
2. Tell about the management?




**Ans_1:** Coin in esophagus

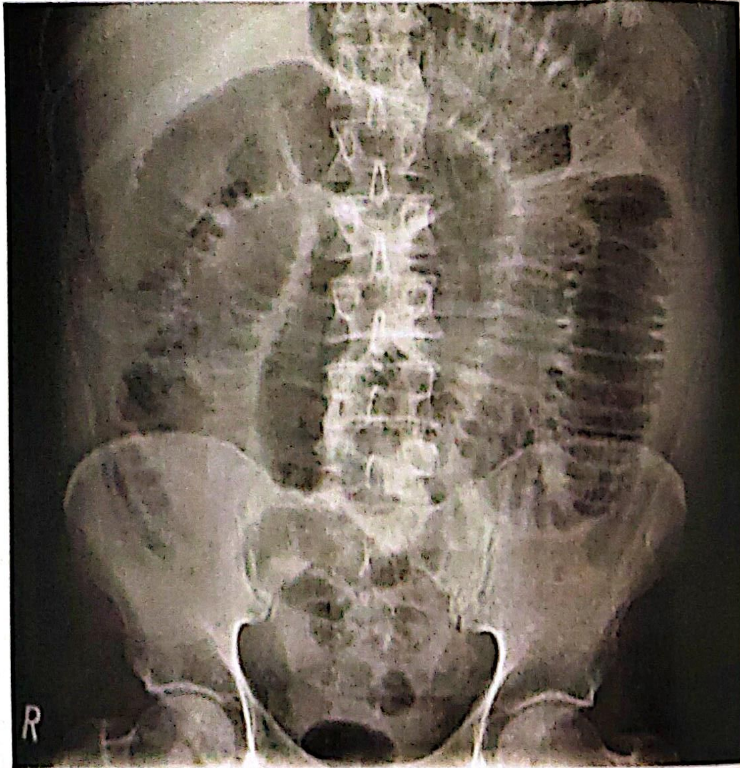
**Ans_2:** i) Resuscitate _Tracheostomy ii) Endoscopic removal of coin by laryngoscope

**Abdominal X- ray**

***Types :** i) Supine abdominal x- ray ii) Erect abdominal x-ray.*

**Case_1:**

1. **Diagnose the X-ray and explain findings?**
2. **Tell about the management?**



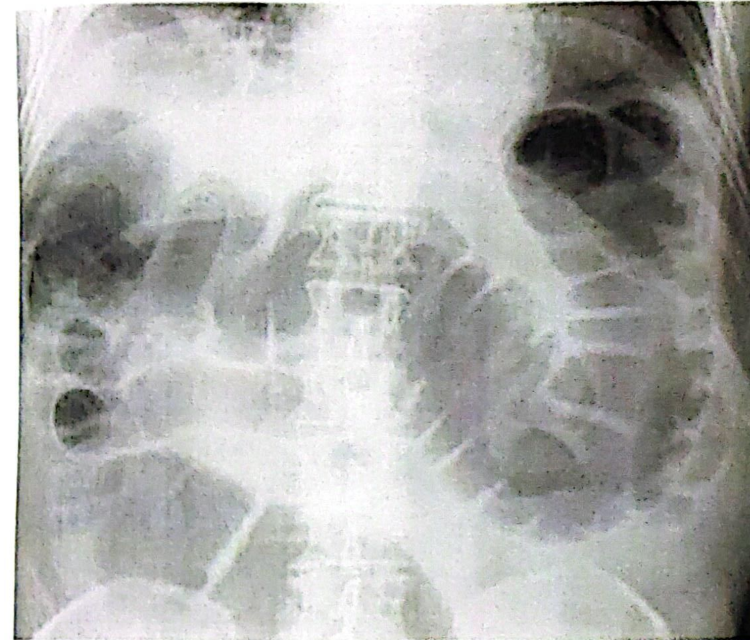

**Ans_1:** This is the erect abdominal x ray with dilated small intestine and visible valvulae conniventes which suggestive small intestine obstruction.

**Ans_2:** I) NG tube_ for gastric decompression ii) IV fluids iii) Foley's catheter iv) find underlying cause and may be needed laparotomy



**Case_2:**

1. **Diagnose the x- ray?**
2. **Tell about the management?**



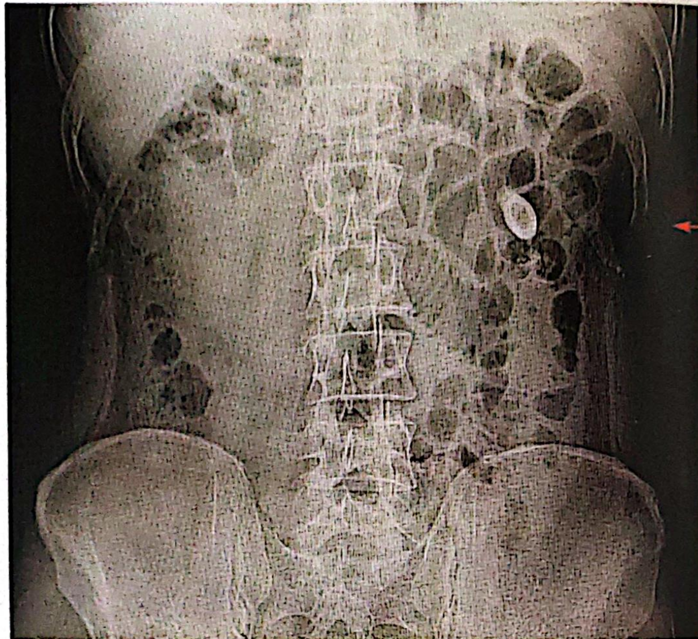
**Ans_1 :**

This is the supine abdominal x-ray with dilated large intestine and Haustration which suggestive large intestine obstruction.

**Ans_2:** i) NG tube_ for gastric decompression ii) IV fluids iii) Foley's catheter iv) find underlying cause and may be needed laparotomy

Case_3:

1. **Diagnose the x- ray?**
2. **Tell the management?**



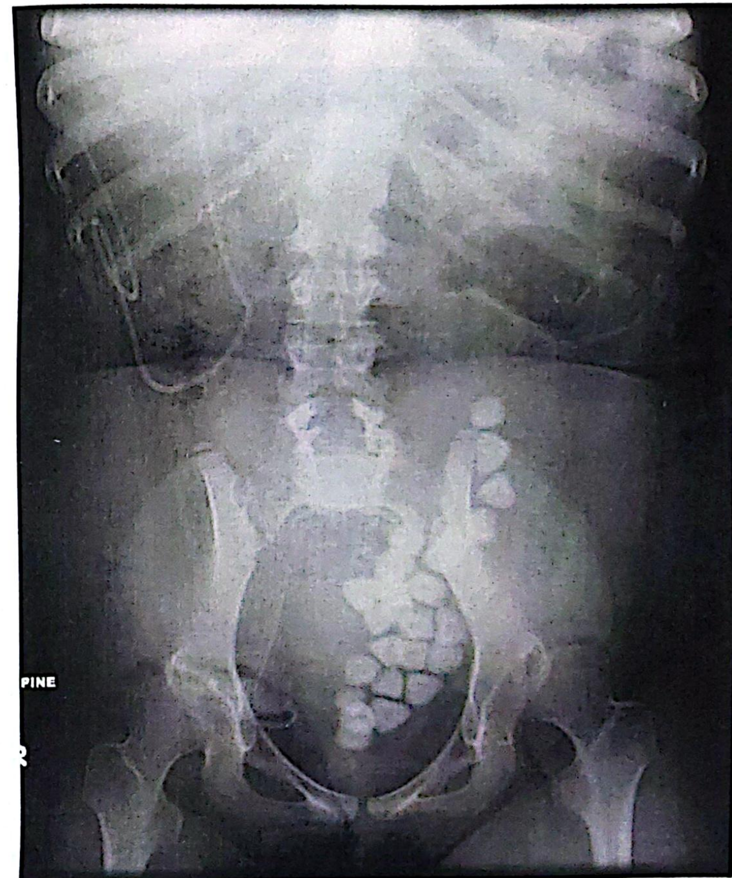
**Ans_1** Left renal stone

**Ans_2:** i) Excessive fluid intake ii) Tab.Nifedipine 10mg iii) ECS < 1cm iv) Pyelolithotomy



Case_4:

1. **Diagnose the x- ray?**
2. **Tell the management?**




**Ans_1:** Bladder stone

**Ans_2:** i) Excessive fluid ii) Tab.Nifedipine 10mg iii) Cystoscopy iii) Supra pubic lithotomy

## CT Scan of brain plain

Case_1: (Past 2024)

1. Diagnose this ?
2. Comment on midline?
3. Tell about management



**Ans_1** This is the CT Scan of brain plain.

**Findings:** Lens shaped appearance lesion suggestive Extra Dural hematoma

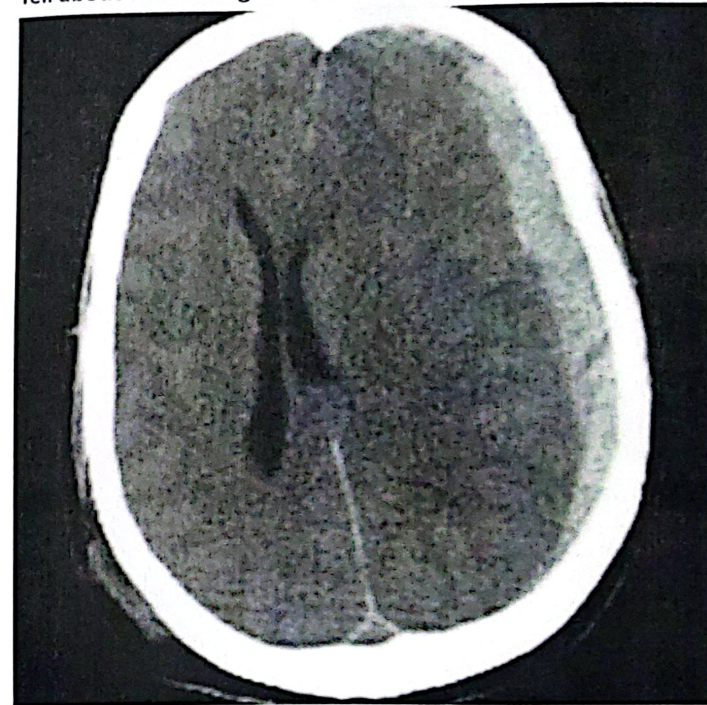
**Ans_2** Deviated midline

**Ans_3** i) Inj.Manitol ii) Dexamethasone iii) iii) Burr hole craniotomy



Case_2:

1. Diagnose the CT scan?
2. Comment on midline?
3. Tell about the management?



**Ans_1:** Crescent shaped appearance lesion suggestive Sub Dural hematoma.

**Ans_2:** Deviated midline

**Ans_3:** i) Inj.Manitol 1g over 20 mint every 8 hour ii) Burr hole craniotomy

Case_3:

1. **Diagnose the CT scan?**
2. **Tell about main cause?**
3. **How will you manage?**



**Ans_1:** Sub arachnoid hemorrhage.

**Ans_2:** i) Berry aneurysm 80% ii) Smoking iii) Av malformation

**Ans_3:** i) Inj.Manitol ii) Tab.Nimodipine 60mg iii) Rule out cause if berry aneurysm then endovascular coiling and clipping.



Orthopedics Cases

Case_1

1. **What is the diagnosis?**
2. **Tell about the management?**



**Ans_1:** Mid shaft femur fracture

**Ans_2: Supportive:** Analgesic, Bed Rest

**Specific:** i) CF+EF with traction and counter traction ii) Plaster of Paris iii) Leg attached with hanging weight

Case_2

1. Diagnose the case?
2. How will you fix it?




**Ans_1:** Tibia and fibular fracture

**Ans_2:**

**Supportive:** Bed rest, analgesic

**Specific:** i)CR+EF ii) Manipulation and skin traction 6-8 weeks iii) If indication then OR+IF with plates.



Case_3

1. Diagnose this X- ray?
2. Tell about the management?



**Ans_1:** Fracture of shaft of humerus

**Ans_2:**

**Supportive:** Bed rest, analgesic

**Specific:**

i) CR+ EF

ii) Hanging cast with collar and cuff

**If indication:** OR+IF with plates

Case_4

1. **What is your diagnosis?**
2. **What is the management of this problem?**



**Ans_1:** Ant dislocation of Right shoulder

**Ans_2:**

**Supportive:** Bed rest, analgesic

**Specific:**

i) CF+ EF

ii) Manipulation with Kocher's method
During the Kocher maneuver the patient lies in a supine position with arm adducted and elbow flexed in 90°. The practitioner then provides external rotation in the shoulder till a resistance is felt. Hereafter, the shoulder is adducted and flexed in external rotation

iii) Broad sling for 3 weeks

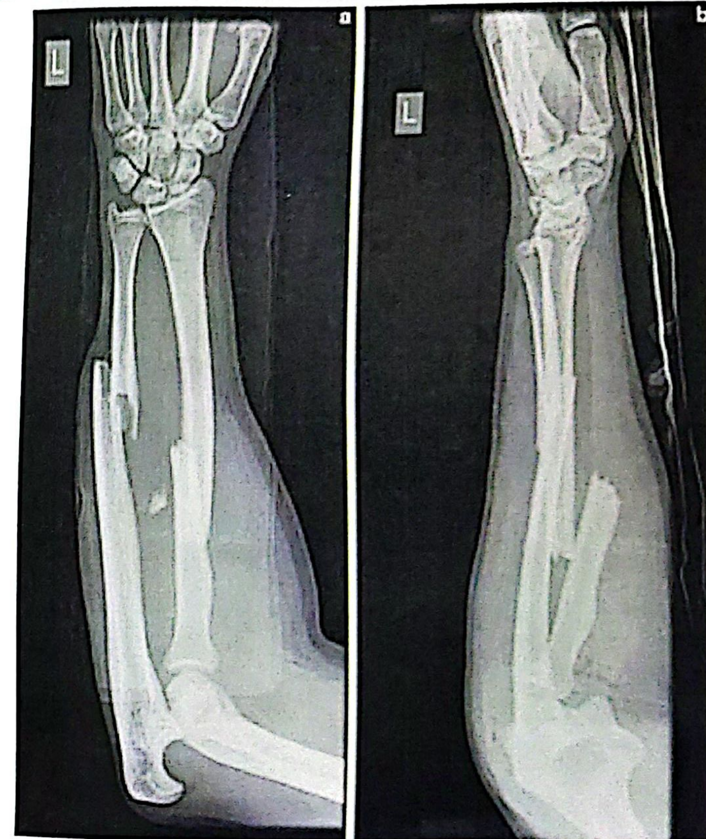
**If recurrent:**

OR+IF with wire and screw



Case_5 (Past 2024)

1. Diagnose the case?
2. How will you manage?




**Ans_1:** Left Radius and ulnar shaft fracture

**Ans_2:**

**Supportive:** Bed rest, analgesic

**Specific:** i) CR+EF ii) Manipulation + cast for 6 week

**If indication:** OR+IF with plates

Case: 6

1. What is the diagnosis?
2. Tell about the management?



**Ans_1:** Colles fracture

(Fracture on distal end of radius)

**"Dinner fork deformity"**

**Ans_2: Supportive:** Bed rest, analgesic

**Specific:**

i) CR+EF

ii) Manipulation + plaster cast 6 to 8 week

**If indication:** OR+IF with wire and screw



CHAPTER 6

# INSTRUMENTS

**Very Important for viva.**

**One station will be from instruments so prepare these important instruments.**

**Foleys catheter**

**Uses_**

1. Urinary retention
2. bladder drainage
3. During and after surgery
4. Measurement of urine output.

**Contraindication_**

1. Trauma to urethra
2. Bleeding from urethra
3. Surgery of urethra
4. Severe urethral stricture



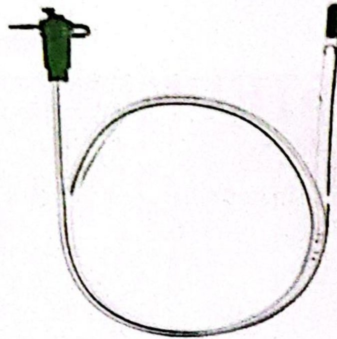
**NG tube.**

**Uses:**

1. Gastric lavage in poisoning
2. Feeding and nutrition
3. Diagnostic purpose
4. Gastric decompression (aspiration stomach content)

**Contraindication:**

1. Basilar skull fracture
2. Facial trauma
3. Recent Nasal surgery
4. Severe epistaxis
5. Esophageal varices risk of perforation



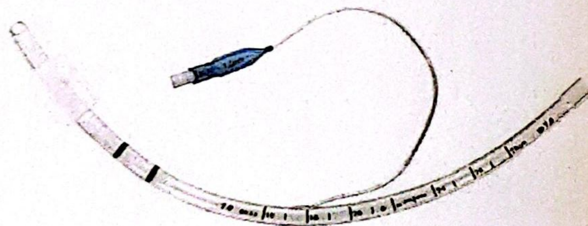
**ETT_ insert mouth to trachea**

**Uses:**

1. Open airway
2. Deliver oxygen
3. Anesthesia
4. Remove secretions from mouth

**Contraindication_**

1. Severe facial trauma
2. Severe burn
3. Edema of air way
4. Obstruction upper airway like tumor,foreign body, infection (epiglotitis)
5. Asthma_ bronchospasm.



**Oropharyngeal airway**

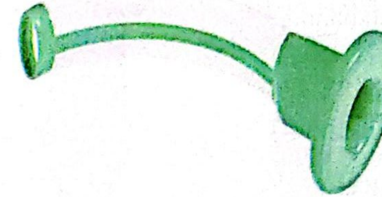
**Uses:**

1. Emergency_ if patient unconscious and airway obstruction.
2. Anesthesia_ To keep air way open
3. CPR_ to open airway.

**Contraindication_**

1. Pt Conscious intact gag reflex
2. Facial oral trauma
3. Foreign body ingestion





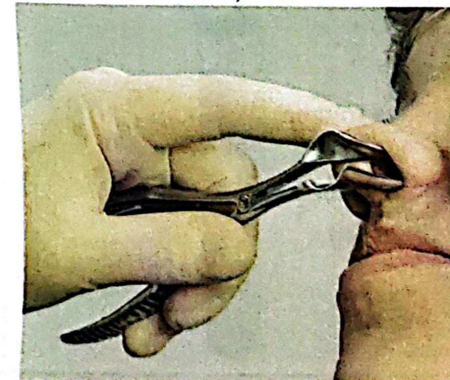
**Nebulizer**

Uses_ to deliver bronchodilators to open air way. especially use in those who difficulty to use inhaler in children and older.
Respiratory infections, Asthma, COPD , Allergic reactions.




**Nasal speculum**

1. Uses to Examine nasal passage infection, inflammation, foreign body, polyp,
2. Use in surgery septoplasty, polypectomy
3. Use in cautrization ,removal of foreign body
4. Use to asses nasal fracture, DNS



**Proctoscope**

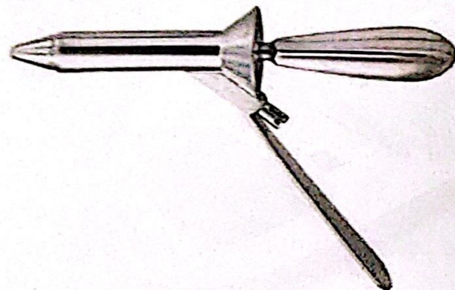
Parts: obturator,sheath,handle

Uses_

1. Rectal polyp
2. Hemorrhoids
3. Colorectal cancer
4. Rectal discharge

**Contraindication_**

1. Anal fissure
2. Severe rectal/anal stricture
3. Proctitis
4. Recent anal canal surgery



**Ophthalmoscope:**

We can see retina , optic disc, choroid , and blood vessels.

**Indications:**

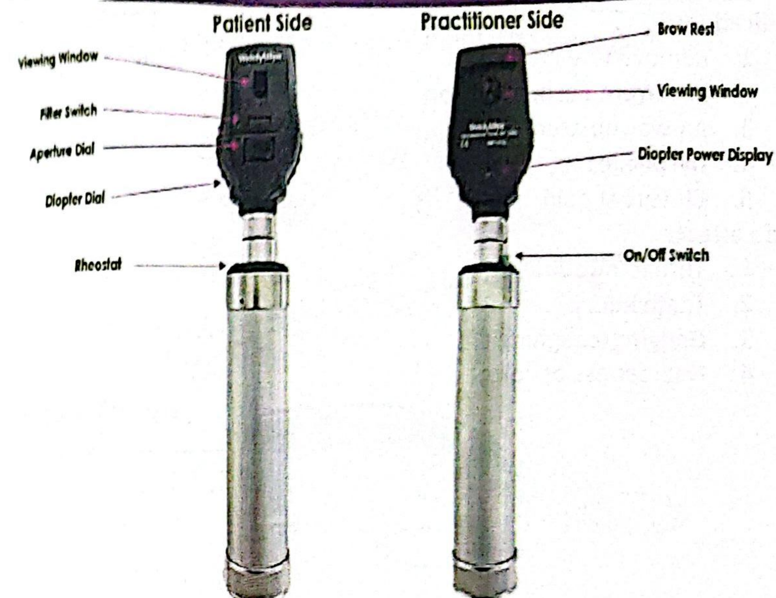
1. Routine eye examination
2. Retinopathy DM/HTN
3. Glaucoma
4. Papilledema
5. Optic neuritis
6. Foreign body and trauma

**Side effect.**

Generally safe but some minor side effect

1. Temporary vision loss
2. Light sensitivity
3. Discomfort






**Otoscope**

Use for Ear examination.

Check infection, inflammation like otitis medial Wax, foreign body.

**Side Effect;**

1. Risk of infection not proper sterilize
2. Injury to Ear canal and ear drum
3. Discomfort pain



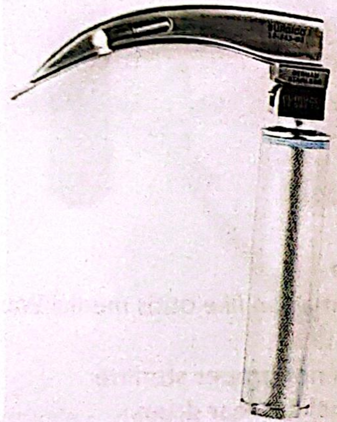
**Laryngoscope**

**Indications:**

1. Remove foreign body
2. Recurrent Resp. infection
3. Air way obstruction
4. Dysphagea
5. Ch.Throat pain

**Side effect:**

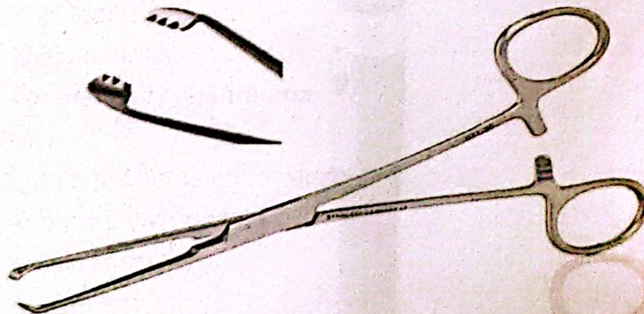
1. Throat injury
2. Teeth injury
3. Gagging/coughing
4. Hoarseness of voice



**Allis forceps**

**Uses:**

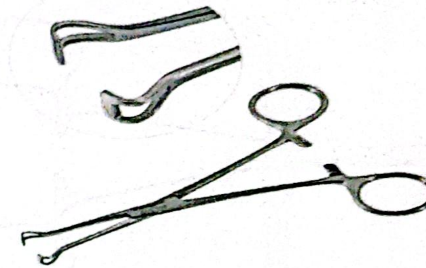
1. Grasping tissue
2. Removing foreign body from tissue
3. Fine dissection



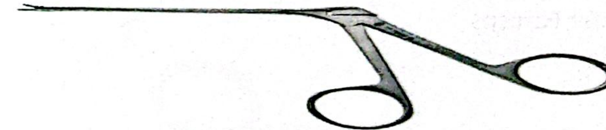


**Babcock Forceps**

Use in holding soft tissue like intestinal and fallopian tube tissue.

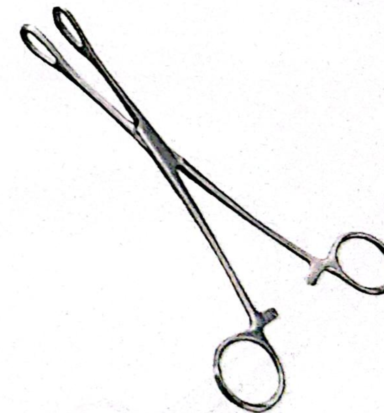


**Crocodile forceps_**



Use in Removing foreign body from ear and nose.

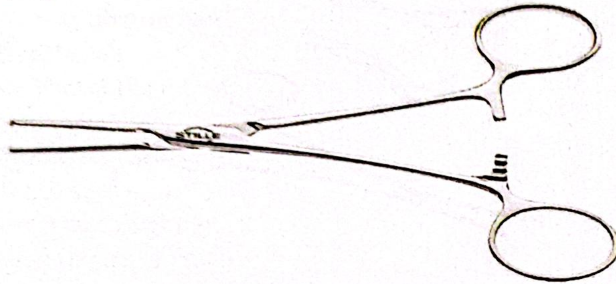
**Sponge holding forceps**



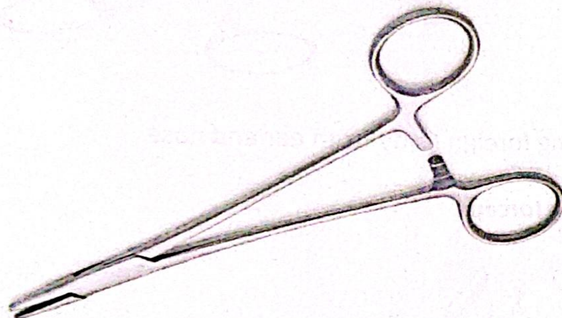
**Kocher forceps.**

**Uses:**

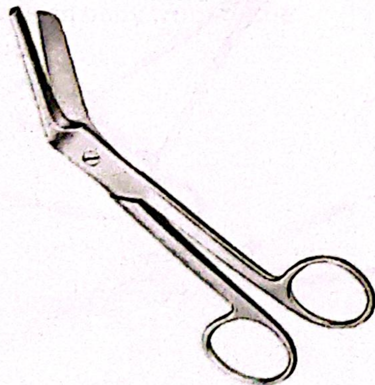
1. Grasping tissue
2. Clamping blood vessels



**Needle Holder Forceps**



**Episiotomy scissors**

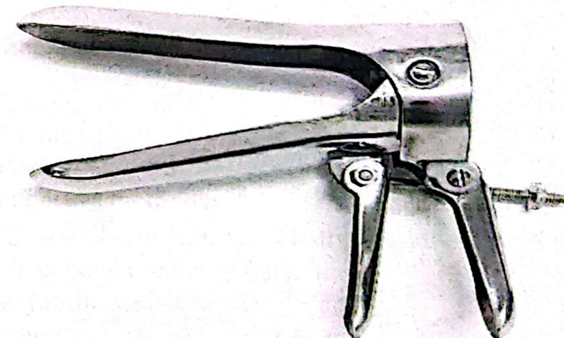




**Sim's speculum:**
Dilate vagina to check pathology



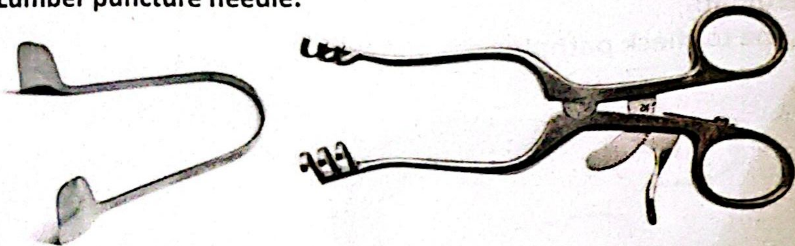
**Cusco speculum:**
Dilate vagina to check vagina and cervical pathology, cervical biopsy.



**Mastoid Retractor:** Use in skin retaining during mastoidectomy

**Thudecum nasal speculum:** Use for open the nostrils to remove foreign body and polyp

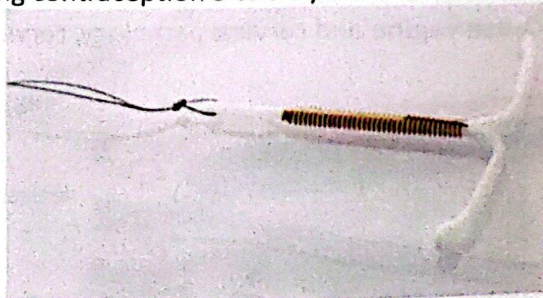
**Lumber puncture needle:**



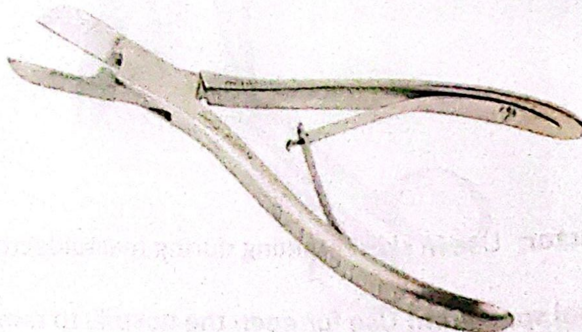
Child: 22 Gauge Adult: 20 Gauge
Use for CSF examination



**IUCD:**
Mirena and copper T
Use for prolong contraception 5 to 10 year.



**Bone Cutter**





CHAPTER 7

# GYNAECOLOGY

**Important viva and History**
**One Station will be from this:**

**Contraceptive Methods**

1. **Hormonal methods**
   - **OCP'S _**
     i) Prevent release of FSH and LH prevent
     ii) Pregnancy for short duration.

Use in young female without any disease.
Protective in Ovarian cancer

   - **POP_**

Protective in Breast CA and Endometrial CA

2. **IUCD**

Types:
i) Mirena
ii) Copper-T

Use for prolong contraception for 5-10 year.
Best age: 30 to 35 year
Complication: Risk of rupture and perforation of uterus, Foreign body reaction.

3. **Permanent Methods**

Surgery:
i) Vasectomy (Male)
ii) B/L Tubal ligation (Female)

4. **Withdrawal Method**
   Least effective methods.
   During sexual intercourse, at the time of sperm discharge, remove out and discharge outside.
5. **Barrier Methods**
   Most common in world wide and Prevent STI.
   i) Condom (Male)
   ii) Sponges (Female)

**PCOS (Polycystic Ovarian Syndrome)**
Hyperandrogonism in female with high risk insulin resistance type-2 DM.

Symptoms: Hirsutism + Obesity + Menstrual Irregularities
Complication: Endometrial CA

**Treatment:**

i) Clomiphene citrate (for infertility)
ii) Metformin (For weight loss)

**Uterine Prolapse**

**Degrees of prolapse:**

**1st Degree:** Uterus prolapse with cervix but still inside with vagina.

**2nd Degree:** Uterus prolapse down and Cervix prolapse out side the vagina with spontaneous reduction.

**3rd degree:** Cervix prolapse out side permanent and become ulcerated and keratinized.

Causes: Weakness of pelvic muscle and ligaments.

**Muscle:**

i) Coccygeus
ii) Levater ani muscle

**Ligaments:**

i) Uterosacral ligament
ii) Cardinal ligament
iii) Round ligament
iv) Pubo cervical
v) post pubo urethral
vi) Per Vaginal Examination

**Treatment:**

1. Wish for children:
   Abdomen_ Uterosacropexy
   Vagina_ Manchester repair
2. Completed Family:
   Hysterectomy

**History in Gynaecology**

**History of Amenorrhea**

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

**(All above same in every history)**

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائیں ہیں



مریض بولے گی مجھے ماہواری نہیں آئی؟

Then you will ask:

1. Onset

آپ کو ماہواری کب سے نہیں آئی ہے؟

2. Duration

اگر بالکل نہیں آئی؟

(Primary Amenorrhea)

اگر پہلے ہوئی ہو پھر رک گئی ہو؟

(Secondary Amenorrhea)

If Primary Amenorrhea then start to ask:

1. Turner syndrome

آپ اپنی ہم عمر لڑکیوں سے قد میں چھوٹا تو محسوس تو نہیں کرتی؟

2. Kallaman syndrome

آپ کو اس مسئلے ساتھ ساتھ کسی چیز کی بو سے مسئلہ تو نہیں ہے؟

3. Imperforate Hymen

آپ کو اس مسئلے ساتھ نیچے والے حصے میں درد تو محسوس نہیں ہوتا؟

If secondary Ammenorrhea then start to ask:

1. Pregnancy

آپ نے حمل ٹھہرانے کی کوشش تو نہیں کی؟

2. PCOS

اس مسئلے ساتھ آپ کا وزن تو نہیں بڑھ رہا یا جسم پر غیر ضروری بال آ رہے ہوں؟

3. Prolactinoma

اس مسئلے ساتھ آپ کے سر میں درد ہوتا ہو اور چھاتی سے اخراج ہوتا ہو؟

**MSDAS First Bring ICE**

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

**History of Uterine prolapse**

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں۔

مریض بولے گی:

میرا نیچے سے کوئی ماس باہر آتا ہے؟

Start from Onset & Duration

1. Acute and Chronic

یہ مسئلہ آپ کو کب سے ہے؟

2. Degree of prolapse

یہ جو چیز باہر آتی ہے خودبخود اندر چلی جاتی ہے یا انگلی سے اندر ڈالنی پڑھتی ہے؟ یا باہر رہتی ہے؟

3. Urinary incontinence

اس مسئلے کے ساتھ ساتھ آپ کو پیشاب کے قطرے تو نہیں آتے؟

4. Risk factor

یہ چیز کھانسی، قبض یا وزن اٹھانے سے باہر تو نہیں آتی؟

5. Feacal incontinence

کیا پاخانہ خودبخود، تو نہیں نکل جاتا اگر نکل جاتا ہے تو خون تو نہیں ہوتا؟

6. Causes

آپ نے اس مسئلے کے ٹیسٹ وغیرہ کرائے ہیں یا نہیں؟ اگر کرائے ہیں تو رپورٹ ساتھ لے کر آئی ہیں؟

7. Husband History

آپ کے خاوند کو کوئی جسمانی کمزوری تو نہیں؟ یاکوئی ادوایات تو استعمال نہیں کرتے؟ یا کوئی سگرٹ تو نہیں پیتے؟

**MSDAS First Bring ICE**

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

**History of infertility**

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمر کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history )



جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں

مریض بولے گی مجھے اولاد نہیں ہو رہی؟

Then start to ask:

1. Duration

کتنا عرصہ ہو گیا ہے آپ کی شادی کو؟

2. Primary or Secondary

آپ کی شروع سے اولاد نہیں ہوئی یا پہلے ہوئی تھی

3. Sexual History

آپ کے اپنے شوہر کے ساتھ تعلقات ٹھیک ہیں؟آپ شوہر ساتھ ہفتے میں کتنا بار ملتی ہیں؟

4. Menstrual History

آپ کو ماہواری وقت پر آتی ہے؟

5. Hysterectomy

بچہ دانی کا کبھی آپریشن تو نہیں کرایا؟

6. Bleeding

آپ کو اس مسئلے ساتھ زیادہ خون وغیرہ تو نہیں آتا؟

7. Ruled out infection

آپ کو بخار وغیرہ تو نہیں رہتا؟ یا نیچے درد ہوتا ہو؟

**MSDAS First Bring ICE**

آپ کے تعاون کا شکریہ

**History of vaginal Discharge**

وعلیکم اسلام

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گی۔

آپ کہاں سے آئی ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتی ہیں؟کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائی ہیں

مریض بولے گی مجھے نیچے سے مواد آتا ہے؟

1. Acute vs chronic

آپ کو یہ پانی کب سے آ رہا ہے

2. Color

جو مواد آتا ہے آپ نے اس کا رنگ دیکھا ہے؟

3. Thick and thin mucoid discharge

آپ کے کپڑے گندے ہوتے ہیں یا نہیں؟ اور کپڑوں پر داغ دیکھے ہیں؟

4. If Fishy odor _ Bacterial vaginosis

اس سے بو آتی ہے کہ نہیں؟

5. Trichomoniasis

اس مسئلے ساتھ ساتھ کوئی خارش ، جلن یا درد وغیرہ تو نہیں ہوتا؟

**MSDAS First Bring ICE**

آپ کے تعاون کا شکریہ۔



**CHAPTER 8**

# OBSTETRICS

**Important Viva and Cases**

**1. Chronic Hypertension**

- Increase BP 140/90 before 20 week of gestation or 6th week after delivery.
- No proteinuria

Rx_ DOC is Labetalol (Alpha and Beta blocker )
Alpha-methyldopa, Hydralazine

**2. Gestational Hypertension**

- Increase BP 140/90 after 20 week of gestation with no proteinuria > 3g

Rx_ DOC is Labetalol (Alpha and Beta blocker )
Alpha-methyldopa, Hydralazine

**3. Pre-Eclampsia**

After 20 week of gestation, Increase blood pressure 140/90 with proteinuria.

- Abdominal discomfort
- Blurry vision
- Headache

For prevention of Preeclampsia we will give Aspirin.
Rx_ For BP_ Inj.Hydralazine 20 mg dilute with 10ml NS and give 3 to 4cc.
For Proteinuria_ Diltiazim
Complication: HELLP syndrome
H_ Hemolysis
EL_ Elevated Liver enzyme
LP_ Low platelets

**4. Eclampsia**

Increase BP 140/90,Proteinuria >3g and Fits.
Rx_ $MgSO_4$ 2g with 20ml NS over 20mint x IV then 1g loading dose.
If $MgSO_4$ become overload then result will be respiratory problem and hyper-Reflexes.
Antidote of $MgSO_4$ _ Calcium gluconate.

**Labor and its stages (Past 2024)**

A physiological process which start from painful regular uterine contraction and end by delivery of placenta.

At the 9 month of pregnancy, Uterus wall stretched, Stimulate pituitary to release oxytocin and result is uterine contraction.

**Stages of Labor:**

**1st Stage:** Start from uterine contraction and end by delivery of placenta.

Duration in PG_ 13 hours

Duration MG_ 8 hours

i) **Luteal phase:** 0 to 4cm cervix dilatation.
   If prolong this stage then change the position and hydrate the patient.

ii) **Active phase:** 4 to 10cm dilatation.
   If prolong this stage then Inj.Oxytocin 10IU.

**2nd Stage:** Start from Delivery of fetus and end by delivery of placenta.

Duration in PG_ 2 hours

Duration in MG_ 1 hour

If prolong this stage then Vacuums or forceps delivery.

**3rd Stage Of Labor:** Delivery of placenta.

Duration in PG_ 30 mint

Duration in MG_ 15 mint

If prolong this stage then do traction cord "Branth Andrews methods"

**Ectopic Pregnancy**

An implantation of ovum outside uterine cavity.

Most common site Ampulla of Fallopian tube.

**Clinical Features:**

- Lower pelvic pain
- Vaginal spotting
- Amenorrhea

Ix_

i) Ultrasound

ii) Raised B-HCG



**Ix of choice:** Laparoscopy

**Treatment:**

i) Methotrexate - use to inhibit cell growth.
   MOA: Inhibit folic acid synthesis
   Side effect: Pancytopenia

ii) Surgery
   - Lap salpingiotomy
     if completed family then
   - Lap salpingectomy

**Bishops Score (Very important for viva)**

| Cervical Exam | Points | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dilation (cm) | Closed | 1-2 cm | 3-4 cm | 5-6 cm |
| Effacement (%) | 0-30% | 40-50% | 60-70% | 80% |
| Baby's Station | -3 | -2 | -1 or 0 | +1 or +2 |
| Consistency | Firm | Medium | Soft | ⊘ |
| Position | Posterior | Mid | Anterior | ⊘ |
| | | | | Bishop Score |

**Additional factors: +1 point for each previous vaginal birth, -1 point for first time birth givers.**

**Add the score for each factor.**

**Scores lower than 5 suggest labor will not begin without induction.**

**Scores 3 and lower may indicate that an induction would not be successful.**

**Scores 9 and higher indicate labor will likely begin spontaneously.**

CHAPTER 9

# PEDIATRICS
# CASE AND HISTORY

Viva_:

1. **Diarrhea**
   Acute < 2 weeks
   Chronic > 2 weeks
   **Symptoms:** 3 time loose stool in 24 hours
   **If Dehydration:**
   i) Fever
   ii) sunken eyes
   iii) Hard fast breathing
   iv) Dry mouth
   v) No tear when cry
   vi) No urination in 6 hours

   **Management:**
   **Plan A:** No Dehydration
   i) ORS
   - < 2 year 50 to 100 ml after each stool
   - > 2 year 100 to 200 ml after each stool

   ii) Continue feeding
   iii) When to return
   - Come after five days if sometime get worse then return immediately.

   **Plan B:** Some dehydration
   i) Calculate ORS according to weight give with in first four hours.
   ii) After four hours reassess the child
   iii) Begin breast feeding at clinic
   iv) Give ORS for home

   **Plan C: Severe dehydration**
   i) iv fluids
   <1 year_ 30ml/kg in 1 hour then 70ml/kg in 5 hours
   2 to 5 year _ 30ml/kg in 30 mint then70ml/kg in 2.5 hour.



   ii) ORS _ 5ml /kg/hr
   iii) Abx
   - Ciprofloxacine
   - Ceftriaxone
   - Metronidazole

**Febrile Convulsion**

Febrile seizures are seizures or convulsions that occur in young children. They are triggered by fever typically above 101 degrees Fahrenheit (38.3 degrees Celsius).

**Symptoms may include:**
- Loss of consciousness or passing out
- Uncontrollable shaking
- Eye rolling
- Rigid (stiff) limbs
  1) If fits < 15 min in 1 day and conscious level intact_ Called simple seizure.
  2) If fits >15 min in multiple time in 1 day and unconscious_ called Complex seizure.
  Ix_ EEG ( Electroencephalogram )

**Treatment:**
i) Paracetmol
ii) Phenytoin/phenobarbital
iii) Counselling

**Extended program on immunization in Pakistan.**
**(Very important for viva)**

| | | |
|---|---|---|
| **At Birth** | --- | **OPV, BCG** |
| **6 Weeks** | --- | **OPV, Pentavalent, PCV** |
| **10 Weeks** | --- | **OPV, Pentavalent, PCV** |
| **14 Weeks** | --- | **OPV, Pentavalent, PCV** |
| **9 Months** | --- | **Measles** |
| **12 Months** | --- | **Hepatitis A, Chicken pox** |
| **15 Months** | --- | **PCV** |
| **18 Months** | --- | **OPV + Hepatitis A** |
| **> 2 Years** | --- | **Typhoid** |
| **4-5 Years** | --- | **OPV + Chicken Pox + DPT** |
| **10 Years** | --- | **TT (Tetanus Toxoid)** |

**Diarrhea history: ( Past 2020,2021 )**

اسلام وعلیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا لگتے ہیں؟

بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمر کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟

آج آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟

مریض کے وارث : بچے کو ڈائریا لوز موشن ہیں۔

ڈاکٹر: کب سے ڈائریا ہے؟

**Can apply ODPARA**
**Associated symptoms:**

ڈائریا پانی کی طرح ہے یا خون ہوتا ہے؟

1. Enterocolitis

ڈائریا ساتھ بخار اور متلی قے تو نہیں ہے؟

2. Lactose intolerance

دودھ دینے بعد ڈائریا تو شروع نہیں ہو جاتا؟

3. Celiac disease

گندم کی بنی چیزیں تو نہیں دیتے؟

4. Cow milk allergy

گائے کے دودھ سے الرجی تو نہیں ہے؟

5. Intussusception

بچے کا پاخانہ جام کی طرح تو نہیں ہوتا؟

6. Micke diverticulum

پاخانے میں بغیر درد کے خون تو نہیں آتا؟

7. Antibiotic use

بچے کو کوئی دوائی تو نہیں چل رہی؟

**Must ask these 4 pallor at the end of every peads history.**

1. **Delivery**

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟

بچہ نارمل یا آپریشن سے ہوا؟



چھوٹا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. Feeding

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟

دودھ میں پانی کیوں اڈالتے ہیں؟

3. Vaccination

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟

کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. Nutrition

بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

At the end:

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

**History Of Febrile Convulsion (Past 2018,2021,2024)**

اسلام وعلیکم.

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا لگتے ہیں؟

بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمر کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟

آج آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟

مریض کی ماں: بچے کو جھٹکے لگتے ہیں۔

ڈاکٹر: کتنا عرصہ ہو گیا جھٹکے لگتے ہیں؟

بچے کو جھٹکے بخار کے بعد تو نہیں لگتے؟

Viva:_

**3 Condition can appear with fits:**

- Febrile convulsion
- Cerebral Malaria
- Meningitis

If Febrile

جب جھٹکے لگتے ہیں اسکا دورانیہ کتنا ہوتا ہے؟

ایک دن میں جھٹکے کتنا بار لگتے ہیں؟

جھٹکے لگنے ساتھ بچہ بے ہوش تو نہیں ہوتا؟

آپ کی شادی خاندان میں ہوئی یا باہر؟

If Malaria:

بچے کو سردی کے ساتھ بخار، پسینہ ،اور جھٹکے لگتے ہوں؟

If Meningtis:

بچے کو بخار کے ساتھ گردن میں کھچاؤ اور جھٹکے تو نہیں لگتے؟

**Then ask about previous history:**

1. **Delivery**

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟

بچہ نارمل یا آپریشن سے ہوا؟

چھوٹا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. **Feeding**

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟

دودھ میں پانی کیوں ڈالتے ہیں؟

3. **Vaccination**

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟

کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. **Nutrition**

بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

**At the end:**

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

**History Fever**

اسلام و علیکم.

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے بچے کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ اور بچے کے کیا لگتے ہیں؟

بچے کا نام ہے؟ بچے کی عمرہ کیا ہے؟ آپ لوگ کہاں سے آئے ہیں؟

آج آپ بچے کو کس مسئلے سے ہسپتال لائے ہیں؟

مریض کی ماں: بچے کو بخار ہے؟



ڈاکٹر: بچے کو بخار کب سے ہے؟

بخار کی نوعیت تھرمامیٹر سے چیک کی ہے؟

**Association:**

1. **Ear infection**

بچے کو بخار کے ساتھ کان سے پیپ ،درد، یا کان پر بار بار ہاتھ لگاتا ہو؟

2. **Allergic rhinitis**

بچے کو بخار کے ساتھ ناک تو نہیں بہتا، یا چھینکیں تو نہیں آتی؟

3. **URTi**

بچے کو کھانسی یا گلہ خراب تو نہیں؟

4. **Febrile convulsion**

بچے کو بخار کے ساتھ جھٹکے تو نہیں لگتے؟

5. **Meningitis**

بچے کو بخار کے ساتھ گردن میں کھچاؤ اور جھٹکے تو نہیں لگتے؟

6. **Dirrhea**

بچے کو بخار کے ساتھ الٹیاں اور دست تو نہیں ہیں؟

7. **Measles**

بچے کو بخار کے ساتھ جلد پر دانے تو نہیں بنے؟

**Then ask about previous history:**

1. **Delivery**

بچے کی پیدائش کہاں ہوئی ہے؟

بچہ نارمل یا آپریشن سے ہوا؟

چھوٹا آپریشن ہوا یا بڑا آپریشن ہوا؟

2. **Feeding**

بچے کو دودھ کونسا پلاتے ہیں؟

دودھ میں پانی کیوں ڈالتے ہیں؟

3. **Vaccination**

بچے کو حفاظتی ٹیکے وقت پر لگائے ہیں؟

کیا آپ کارڈ لے کر آئے ہیں؟

1. **Nutrition**

بچے کے کھانے کا طریقہ کار کیا ہے؟

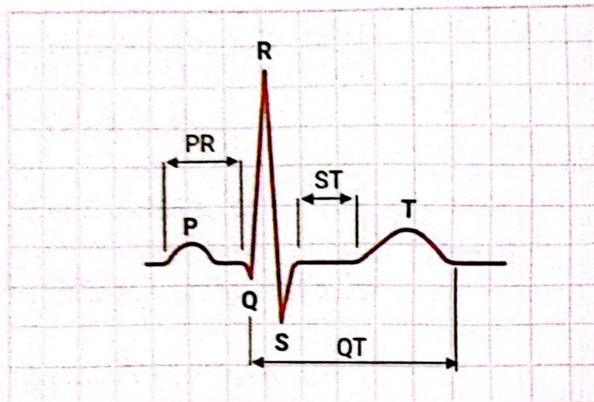
**At the end:**

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

**CHAPTER 10**

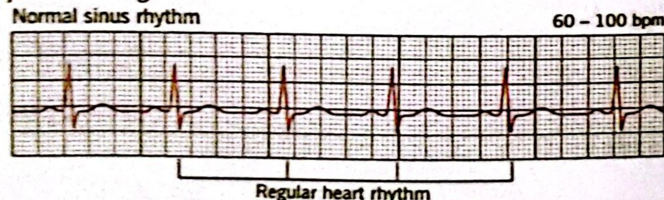
# IMPORTANT
# VIVA AND CASES ON ECG

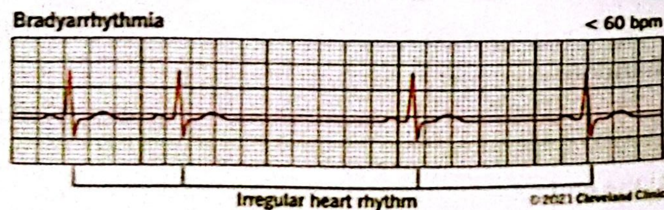
- **Viva_**




**P wave:** Atrial Depolarization
**QRS:** Ventricular depolarization
**PR interval:** AV nodal delay
**ST segment:** Ventricular depolarization
**T wave:** :Ventricular repolarization

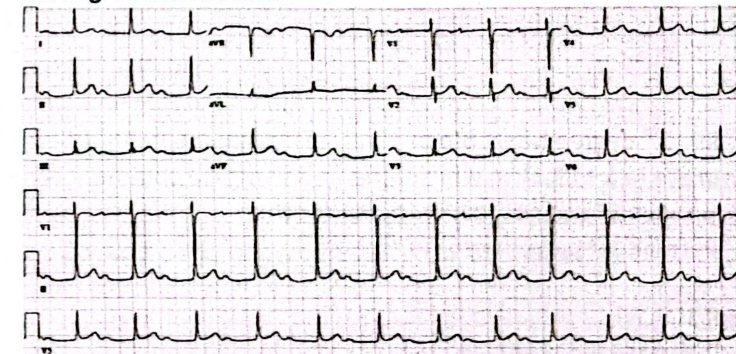
- **How to check rhythm?**
  If the R-R interval is constant, we can assume the rhythm is regular. If the R-R interval differs across beats we can say the rhythm is irregular.






- **How to calculate Heart rate?**
  Heart rate= 300 /big square between R-R wave
  For Example:
  HR= 300/5 = 60 /min
  Lead II is prominent to diagnose any ECG
- **Heart Block_**
  A condition in which AV node fail to conduct impulse on time.
  i) **1st degree heart block**



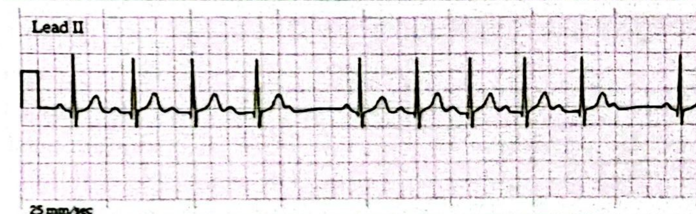
Constant prolongation of PR interval
No beat missing

- **Asymptomatic**

**Rx_** Temporary pacemaker, Atropine

ii) **2nd degree heart block**

- **Mobitz type1**

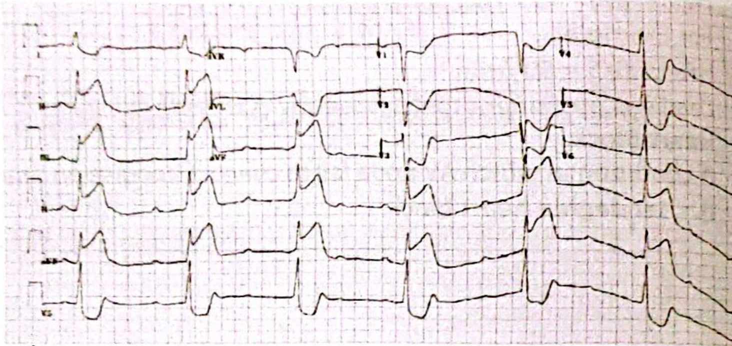



Progressive lengthening of PR interval with beat missing.
**Rx_** Pacemaker

- **Mobitz type 2**



Constant prolongation of PR interval with beat missing.
Rx_ Permanent pacemaker

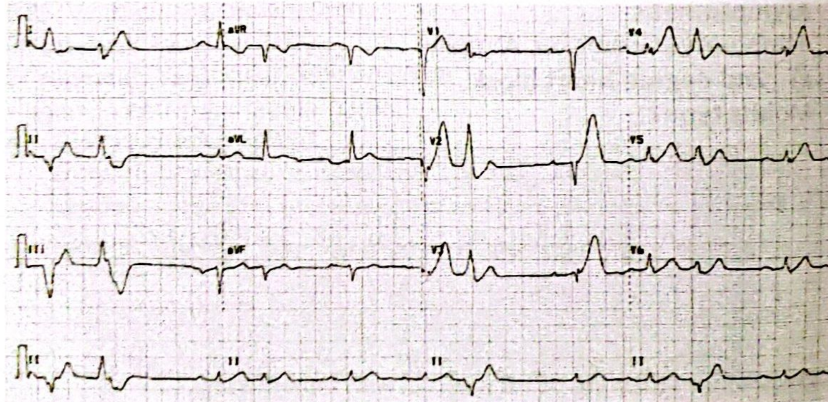


iii) 3rd degree heart block

Complete heart block in which atria and ventricle contract independently and not follow the each other.
Rx_ Permanent pacemaker, Transplant

Case_1

1. **Diagnose the case?**
2. **Comment on ECG?**
3. **Tell about the management?**




**Ans_1:** Anterior wall MI
**Ans_2:** ST elevation lead V3_V4
**Ans_3:** ACS first line

i) Resuscitation
ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
iii) O2 inhalation
iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hrs.



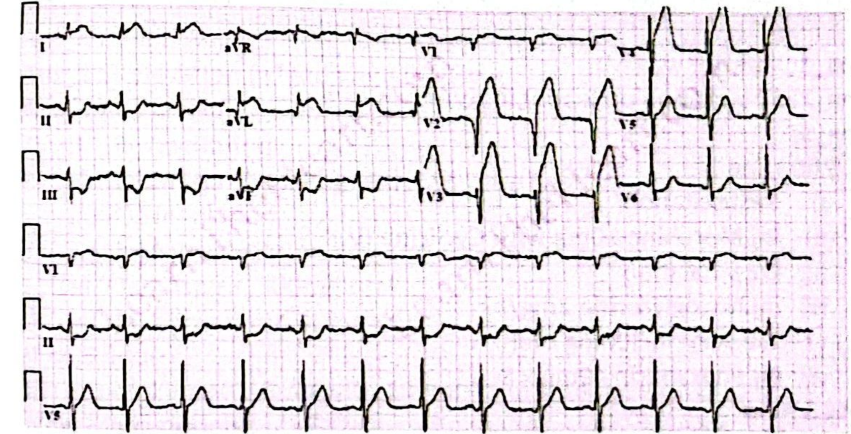
v) Tab.Aspirin 300mg oral
vi) inj.enoxaparin 40mg x Sc

If <4.5 hour
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.
**Next Management:**

i) Angioplasty
ii) Percutaneous intervention

**Case_2: ( Past 2021,2024 )**

1. **Diagnose the Case?**
2. **Comment on ECG?**
3. **Tell about the management?**



**Ans_1** Antero lateral wall MI
**Ans_2** ST elevation on lead I,AVL,V2,V3,V4,V5
**Ans_3** ACS first line

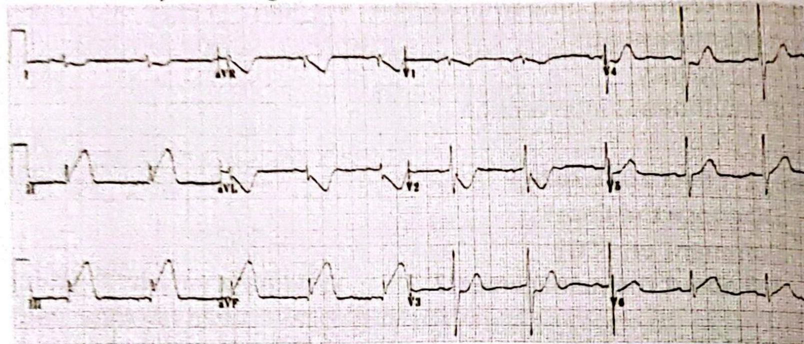
i) Resuscitation
ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
iii) O2 inhalation
iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hr
v) Tab.Aspirin 300mg oral
vi) inj.enoxaparin 1.5mg /kg x Sc

**If <4.5 hour**
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.
**Next Management:**

i) Angioplasty
ii) Percutaneous intervention

Case_3:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. How will you manage?



**Ans_1:** Inferior wall MI

**Ans_2:** ST elevation on lead II,III,AVF

**Ans_3:**

ACS first line

i) Resuscitation
ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
iii) O2 inhalation
iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hr
v) Tab.Aspirin 300mg oral
vi) inj.enoxaparin 40mg x Sc

**If <4.5 hour**

Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

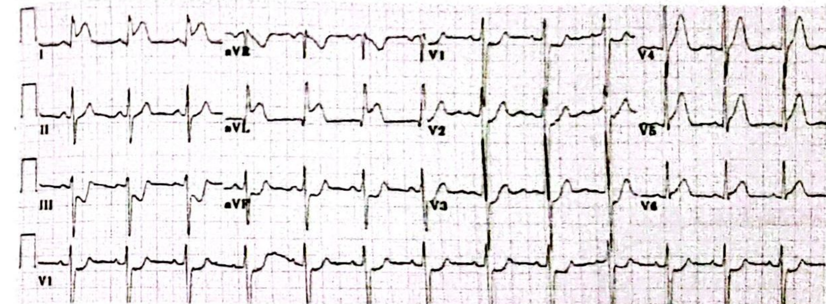
**Next Management:**

i) Angioplasty
ii) Percutaneous intervention



Case_4:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



**Ans_1** Lateral wall MI

**Ans_2** ST elevation in lead I and lead AVL

**Ans_3** ACS first line

i) Resuscitation
ii) Inj.Morphine 10mg with Cyclizine IV
iii) O2 inhalation
iv) inj.Nitroglycerine 2mg/hr
v) Tab.Aspirin 300mg oral
vi) inj.enoxaparin 40mg x Sc

**If <4.5 hour**

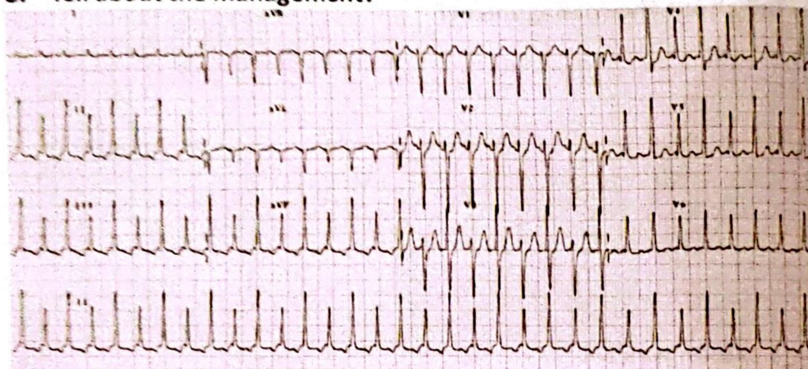
Inj. Streptokinase 1.5mu with 100ml NS in 1 hour.

**Next Management:**

*i)* Angioplasty
*ii)* Percutaneous intervention

Case_5

1. Diagnose the Case?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the management?



Ans_1 Supra ventricular tachycardia

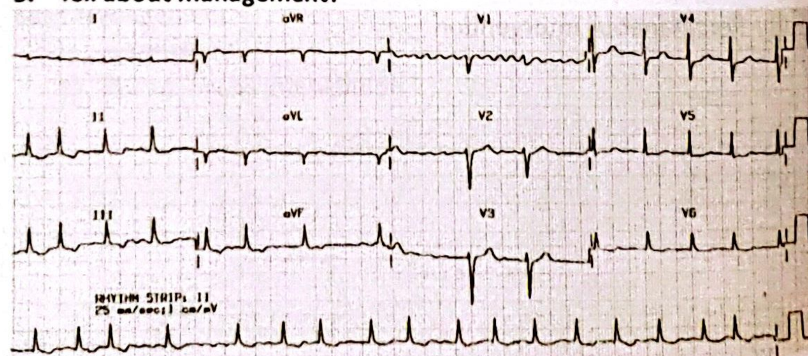
Ans_2 Narrow QRS complex, P wave not detectable

Ans_3

i) Carotid sinus massage
ii) Vagal maneuver
iii) Adenosine 6mg iv with 20 ml NS
iv) iv)Cardioversion

Case_6:

1. Diagnose the case?
2. Comment on ECG findings?
3. Tell about management?




Ans_1: Atrial Fibrillation

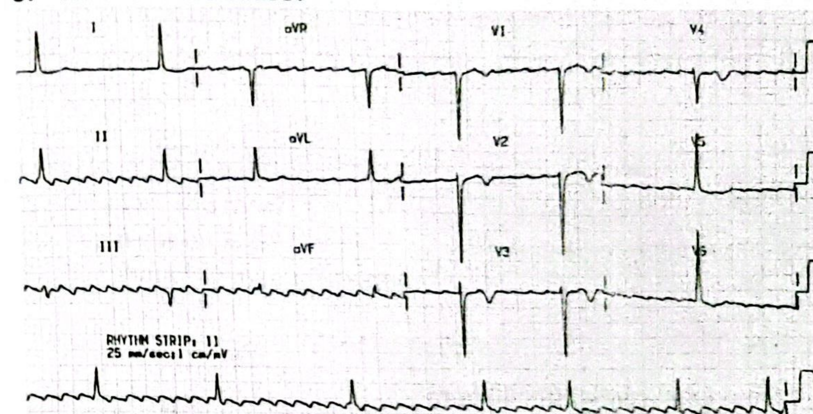
Ans_2: P wave absent, Irregular rhythm Tachycardia

Ans_3: BB (Bisoprolol/Atenolol), CCB ( Verapamil ) , Amiodarone, Warfarin



Case_7:

1. Diagnose the case ?
2. Comment on ECG?
3. Tell about the Cause?



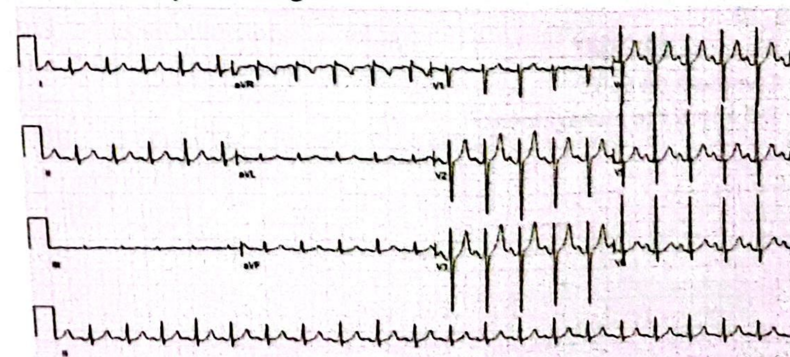

Ans_1 Atrial flutter

Ans_2 Regular rhythm, Saw tooth appearance

Ans_3 i) Valvular heart disease ii) Alcoholism

Case_8:

1. Diagnose the case?
2. Tell about the Causes?
3. How will you manage?



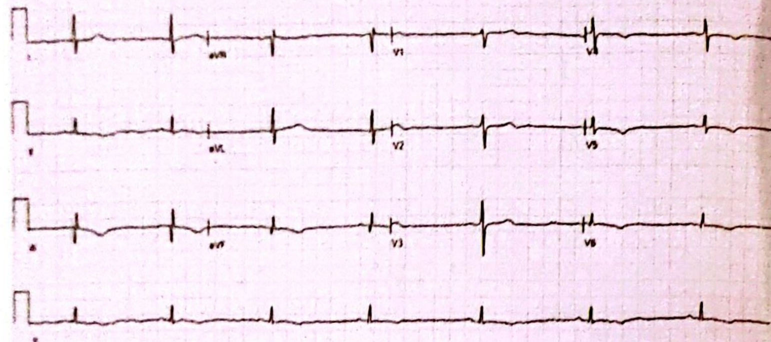
**Ans_1:** Sinus tachycardia **HR>100 bpm**

**Ans_2:** i) Fever ii) Hyperthyroidism iii) Anxiety iv) Hypotension

**Ans_3 :** CCB, BB

**Case_9**

1. **Diagnose the case?**
2. **Tell about the causes?**
3. **How to manage this problem?**



**Ans_1** Sinus Bradycardia **HR< 60 bpm**

**Ans_2**

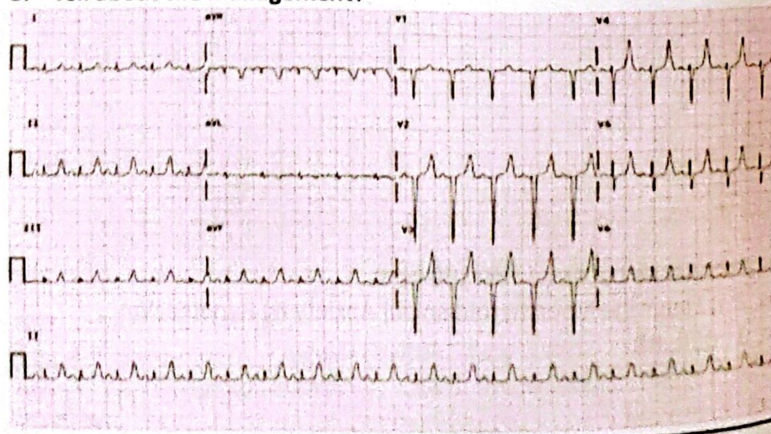
i) Hypothyroidism
ii) Heart failure
iii) Myocarditis
iv) BB overdose

**Ans_3** Treat underlying cause

Can give Atropine in severe condition.

**Case_10**

1. **Diagnose the case?**
2. **Comment on ECG?**
3. **Tell about the management?**





**Ans_1** Hyperkalemia

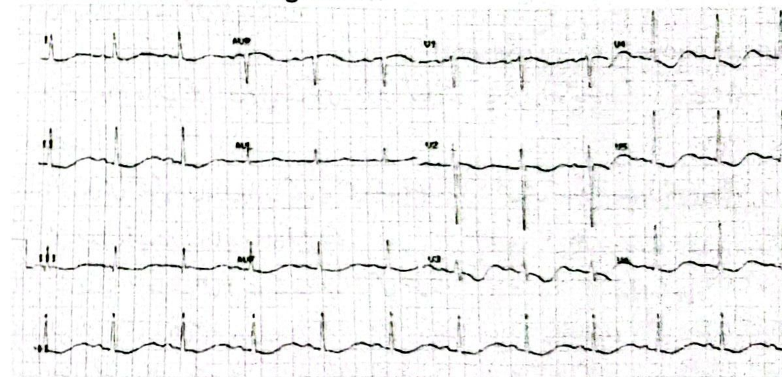
**Ans_2** Peaked T wave, Prolong PR interval, ST depression

**Ans_3**

i) Calcium gluconate
ii) B2 Agonist
iii) Insulin
iv) Glucose

**Case_11**

1. **Diagnose the case?**
2. **Comment on ECG?**
3. **Tell about the management?**



**Ans_1** Hypokalemia

**Ans_2** T wave inversion, Pathological U wave, ST depression

**Ans_3 Rx:** Oral potassium

CHAPTER 11

# IMPORTANT CONSENT

1. **Lumber puncture consent:**

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق تشخیص کررہاہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیانام ہے؟

آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

جی آپ اپنی بیماری کے متعلق کیاجانتے ہیں؟

**(Same all above in every consent)**

مریض۔ڈاکٹر صاحب مجھے رات کو اچانک کپکپی، بخار اور گردن میں کھچاؤ شروع ہو گیا تھا اور گھر والے مجھے ہسپتال لے آئے تھے۔

ڈاکٹر۔جی میں سمجھ گیاہوں۔اس بیماری کے لیے ہمیں ایک ٹیسٹ کرنا ہے جس میں آپ کی کمر سے پانی نکالا جائے گا۔

ہمیں امید ہے آپ ہمارے ساتھ تعاون کریں گے۔

مریض۔کیاڈاکٹر صاحب اس ٹیسٹ کے علاوہ اور کوئی حل نہیں۔

ڈاکٹر۔نہیں یہ ٹیسٹ انتہائی ضروری ہے۔

مریض۔مجھے درد بھی ہوگا کیا۔؟

ڈاکٹر۔ہماری ٹیم اس جگہ کو سن کرے گی اور آپ کو بلکل درد محسوس نہیں ہوگا۔

مریض۔یہ ٹیسٹ اتنا کیوں ضروری ہے؟

ڈاکٹر۔اس سے جراثیم پتہ چلے گا اور ہمیں تشخیص کرنے میں آسانی ملے گی۔

مریض۔اس ٹیسٹ کا کوئی نقصان تو نہیں ہے؟

ڈاکٹر۔ویسے اس سے ہلکی سی چبھن اور سر درد ہوتا ہے لیکن ہماری ٹیم بہت تجربہ کار ہے آپ کو یہ مسئلہ نہیں ہوگا۔

مریض۔ڈاکٹر صاحب آپ یہ ٹیسٹ کریں۔

**Dont forget to take consent sign at the end.**

ڈاکٹر۔آپ اس کو پڑھیں اور دستخط کردیں۔

آپ کا شکریہ۔

2. **Diabetic foot amputation Counselling**



اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق تشخیص کررہاہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیانام ہے؟

آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

جی آپ اپنی بیماری کے متعلق کیاجانتے ہیں؟

مریض۔ڈاکٹر صاحب میں شوگر کے مرض میں شکار ہوں۔

اچھا آپکو یہ مرض کتنا عرصہ سے ہے؟

مریض۔مجھے یہ مسئلہ 20 سالوں سے ہے۔

آپ ابھی اس کے لیے دوائی لیتے ہو یا انسولین؟

مریض۔میں اس کے لیے انسولین لگاتا ہوں۔

کبھی چیک کیا ہے شوگر کتنا رہتی ہے۔

مریض۔جی شوگر زیادہ رہتی ہے۔

اچھا ابھی کس تکلیف کے ساتھ آئے ہو؟

مریض۔میرا پاؤں کالا ہو رہا تھا اور انفیکشن بھی ہوتا جارہا ہے

جی یہ اس کو ہم گنگرین کہتے ہیں۔

مریض۔ڈاکٹر صاحب اب اس کا کیا علاج ہے؟

اس کا اب علاج تو مشکل ہے آپ کی شوگر کنٹرول میں نہیں رہتی اور پاؤں بہت زیادہ خراب ہو گیا ہے۔

مریض۔اب کیا ہوگا ڈاکٹر صاحب؟ علاج کیسے ہوگا؟

جی اب علاج یہی ہے اس ٹانگ کو کاٹنا پڑے گا۔

مریض۔ڈاکٹر صاحب آپ کیسی بات کررہے ہیں آپ دوائی سے علاج کیوں نہیں کرتے؟ اگر ٹانگ کٹوادی میں کام کیسے کروں گا گھر کا اکیلا کام کرنے والا ہوں۔

جی میں آپ کی تکلیف سمجھ سکتا ہوں لیکن حقیقت یہی ہے آپ کا اور علاج ممکن نہیں ہے۔ٹانگ کٹوانی پڑے گی۔

**Show empathy never show sympathy, when you are counselling.**

مریض۔پھر میرا کیا ہوگا میں چل نہیں پاؤ گا۔

جی ایسی بات نہیں ہے کافی لوگوں کو اس طرح کے مسئلے ہوتے ہیں۔آپ مصنوعی ٹانگ لگوا سکتے ہیں پہلے کی طرح چل پھر سکیں گے اور کام بھی کرسکیں گے۔

مریض۔اچھا ڈاکٹر صاحب میں گھر والوں ساتھ مشورہ کرلوں پھر بتاؤں گا۔

جی ٹھیک ہے اور کوئی بات پوچھنی ہو تو پوچھ سکتے ہیں۔

آپ کا بہت شکریہ۔

3. Counselling for cholecystectomy ( Past ,2024 )

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیانام ہے؟

آپ کی عمرہ کتنی ہے؟

جی آپ اپنی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

مریض۔ڈاکٹر صاحب مجھے پیٹ میں درد رہتا ہے اور پتہ چلا تھا پتے میں پتھریاں ہیں۔

اچھا آپکو یہ مرض کب سے ہے؟

مریض۔مجھے یہ مسئلہ 6 مہینوں سے ہے۔

جی ہماری ٹیم نے آپ کی بیماری کی پوری تشخیص کی ہے اور اس کا یہی علاج نکالا ہے کہ۔

مریض۔جی ڈاکٹر صاحب کیا علاج ہے اس کا اب؟

اس کا علاج اب یہی ہے کہ اس کا آپریشن ہو گا پتے کو نکالنا پڑے گا۔

مریض۔ڈاکٹر صاحب کیا آپریشن کروانا ضروری ہے؟ دوائی سے علاج نہیں ہو سکتا کیا؟

اب ممکن نہیں ہے داوئی سے ٹھیک ہو۔جب پتہ ایک بار پتھریاں بنانا شروع کرتا ہے تو پھر ٹھیک نہیں ہوتا۔

مریض۔اگر میں آپریشن نہ کرواؤں کوئی نقصان ہو گا؟

جی بلکل اس کے بہت ذیادہ نقصان ہیں اگر آپریشن نہیں کرواتے تو پتہ پھٹ سکتا ہے جو کہ خطرناک ہے۔

اس سے پورے پیٹ میں انفیکشن ہو سکتا ہے اور یرقان کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔

مریض۔اگر میں آپریشن کروالوں بعد میں کوئی مسئلہ تو نہیں ہو گا۔

نہیں اس کے بعد آپ کو کوئی مسئلہ نہیں ہو گا آپ کو کچھ دوائیاں دیں گے وہ استعمال کرنی ہیں اور چکناہٹ والی چیزوں سے دور رہنا ہے۔

اچھا ڈاکٹر صاحب میں اس کے لیے تیار ہوں۔آپ اپریشن کی تیاری کریں۔

ٹھیک ہے اس کاغذ کو پڑھیں اور دستخط کر دیں

تعاون کا بہت شکریہ۔



CHAPTER 12

# IMPORTANT HISTORY TOPIC

1. Fever History.

!اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

**(All above same in every history)**

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے بخار ہے؟

Then you will ask: **ODPARA**

Onset

اچھا آپ کو بخار اچانک سے ہوا ہے یا آہستہ سے ہو رہا تھا؟

Duration

آپ کو بخار کب سے ہے؟

'Progression

آپ کا بخار ٹھیک بھی ہوا ہے یا بڑھ رہا ہے؟

Aggravating

کوئی ایسا عمل جس سے بخار کی نوعیت میں اضافہ ہوا ہو؟

Relieving

کوئی ایسا عمل جس سے بخار کی نوعیت میں کمی ہوئی ہو؟

Associated Symptoms:
(Rule out every system)

1. UTI

آپ کو بخار کے ساتھ پیشاب میں جلن یا درد تو نہیں ہوتا

2. Pneumonia

آپ کو بخار کے ساتھ کھانسی یا بلغم وغیرہ تو نہیں ہے؟

3. GIT

آپ کو بخار ساتھ پیٹ میں جلن ، درد، یا ڈائریا تو نہیں ہے؟

4. ENT

آپ کو بخار کے ساتھ کانوں میں درد اور ریشہ تو نہیں آتا؟

5. Malignancy

آپ کو بخار ساتھ وزن میں کمی یا گلٹیاں تو نہیں بن رہی ہیں؟

6. Meningitis

آپ کو بخار ساتھ الٹیاں اور گردن میں کھچاؤ تو نہیں ہے؟

MSDAS First bring ICE
(Ask at the end of every history)

1. Medical Issue

آپ کو پہلے کوئی شوگر یا بلڈ پریشر کا مسئلہ تو نہیں ہے؟

2. Surgery

آپ کا پہلے کبھی آپریشن تو نہیں ہوا؟

3. Drugs

آپ پہلے کوئی دوائی تو نہیں کھا رہے ہیں؟

4. Allergy

آپ کو پہلے الرجی وغیرہ تو نہیں ہے؟

5. Social info

ابھی میں کچھ سوال ذاتی نوعیت پر کروں گا اگر آپ نا بتانا چاہیں تو بتا سکتے ہیں؟

کیا آپ سگریٹ یا شراب پیتے ہیں؟

آپ کے اپنی بیوی/خاوند کے علاوہ کسی کے ساتھ تعلقات تو نہیں ہیں؟

6. Family history

گھر میں کوئی اور اس طرح کی بیماری میں تو نہیں ہے؟

7. Talk

کوئی اہم بات جو آپ مجھے بتانا چاہتے ہوں؟

8. Idea

آپ کو کیا لگتا ہے آپ کو کیا ہو سکتا ہے؟

9. Consent

کوئی ایسی بات جو آپ کو زیادہ پریشان کر رہی ہو؟

10. End

جو بات ہمارے درمیان ہوئی ہے کیا آپ اس سے مطمعین ہیں؟

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ



## 6. History of Cough

اسلام وعلیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

**(All above same in every history)**

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے کھانسی ہے؟

Then you will ask :

آپ کو کھانسی خشک ہے یا بلغم والی؟

If Dry Cough:

1. Bronchial asthama

آپ کو سانس میں دشواری اور سانس باہر نکالتے وقت سیٹی کی آواز تو نہیں آتی؟

2. Sinusitis

آپ کا ناک بند تو نہیں رہتا؟ اور ناک کا پانی گلے میں آتا ہو؟

3. ACE inhibitors

آپ بلڈ پریشر کی کوئی دوائی تو استعمال نہیں کر رہے؟

4. Allergy

آپ کو کھانسی کسی خاص موسم میں تو نہیں ہوتی؟

If wet Cough:
Check color, Quantity, odour, blood and ask from patient.

1. Pneumonia

آپ کو بلغم والی کھانسی ساتھ سانس میں دشواری اور بخار وغیرہ تو نہیں ہے؟

2. Bronchiectasis

آپ کو بلغم ایک کپ جتنا آتا ہو اور اس سے بد بو ہوتی ہو؟

3. COPD

آپ کو پرانی کھانسی تین مہینوں سے لگی ہو اور سگریٹ وغیرہ پیتے ہوں؟

4. Lung cancer

کھانسی میں خون آتا ہو اور ساتھ میں وزن میں کمی اور گلٹیاں بن رہی ہوں؟

**MSDAS First bring ICE**

(Ask at the end of every history)

1. Medical Issue

آپ کو پہلے کوئی شوگر یا بلڈ پریشر کا مسئلہ تو نہیں ہے؟

2. Surgery

آپ کا پہلے کبھی آپریشن تو نہیں ہوا؟

3. Drugs

آپ پہلے کوئی دوائی تو نہیں کھا رہے ہیں؟

4. Allergy

آپ کو پہلے الرجی وغیرہ تو نہیں ہے؟

5. Social info

ابھی میں کچھ سوال ذاتی نوعیت پر کروں گا اگر آپ نا بتانا چاہیں تو بتا سکتے ہیں؟

کیا آپ سگریٹ یا شراب پیتے ہیں؟

آپ کے اپنی بیوی/خاوند کے علاوہ کسی کے ساتھ تعلقات تو نہیں ہیں؟

6. Family history

گھر میں کوئی اور اس طرح کی بیماری میں تو نہیں ہے؟

7. Talk

کوئی اہم بات جو آپ مجھے بتانا چاہتے ہوں؟

8. Idea

آپ کو کیا لگتا ہے آپ کو کیا ہو سکتا ہے؟

9. Consent

کوئی ایسی بات جو آپ کو زیادہ پریشان کر رہی ہو؟

10. End

جو بات ہمارے درمیان ہوئی ہے کیا آپ اس سے مطمعین ہیں؟

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ

### 7. Headache history

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

**(All above same in every history)**



جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے سر درد ہے؟

**OLDCARTS**

1. Onset

آپ کو سر درد اچانک سے ہوا یا پہلے سے ہو رہا تھا؟

2. Location

سر درد کس جگہ ہو رہا ہے؟

3. Duration

آپ کو سر درد کب سے ہے؟

4. Character

آپ کا سر درد تیز ہے یا بوجھ کی طرح ہے؟

5. Aggravating

کوئی ایسا عمل جس سے سردرد کی نوعیت میں اضافہ ہوا ہو؟

6. Radiation

آپ کا سر درد جسم کے کسی اور حصے میں تو نہیں جا رہا؟

7. Timing

کیا آپ بتا سکتے ہیں سردرد مسلسل ہے یا درمیان میں ٹھیک بھی ہوا ہے؟

8. Severity

Give 10 number to the patient to check severity of the pain.

آپ کو سردرد دس نمبر میں سے کتنا ہے؟

9. Associated symptoms

Migaraine Headache:

آپ کا سر درد کسی ایک حصے میں ہو اور شور بوجھ لگتا ہو؟ اور اکیلے رہنے سے بوجھ کم ہوتا ہو؟

Cluster Headache:

آپ کو سر درد کے ساتھ آنکھوں میں درد اور پانی تو نہیں آتا؟

Tension Headache:

آپ کو سر درد ماتھے کے دونوں اطراف ہوتا ہو؟

*Meningitis:*

آپ کو سر درد کے ساتھ الٹیاں آتی ہوں اور گردن میں کھچاؤ ہوتا ہو؟

MSDAS First Bring ICE (Ask at the end)

آپ کے تعاون کا شکریہ۔

4. Diabetic History

اسلام وعلیکم

میرانام ڈاکٹر محمد ساجد ہے مجھے آپ سے آپکی بیماری کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے

آپ کہاں سے آئے ہیں؟ آپ کا کیانام ہے؟ آپ کی عمرہ کتنی ہے؟ آپ کیا کام کرتے ہیں؟ کیا آپ شادی شدہ ہیں؟

(All above same in every history)

جی آپ کس مسئلے کے ساتھ ہسپتال تشریف لائے ہیں

مریض بولے گا مجھے شوگر ہے؟

**ODPARA**

Then ask this these question:

1. Diabetes symptoms

آپ کو بھوک اور پیاس زیادہ لگتی ہو؟ ساتھ میں زیادہ پیشاب آتا ہو ؟

2. Diabetic retinopathy

آپ کو نظر میں مسئلہ ہوتا ہو؟ یا دھندلہ دکھائی دیتا ہو؟

3. Diabetic neuropathy

آپ کے ہاتھ پاؤں تو سن نہیں ہو جاتے؟

4. Diabetic nephropathy

آپ کو پیشاب میں خون آتا ہو؟ یا گردوں والی جگہ درد ہوتا ہو؟

5. Hemochromatosis

آپ کو متلی کی کیفیت ، بھوک کا نہ لگنا یا جسم پر نشان تو نہیں؟

**MSDAS First Bring ICE**

آپ کے تعاون کا شکریہ۔



CHAPTER 13

# COUNSELLING

1. Thalassemia

اسلام وعلیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے بیٹے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کے بیٹے کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ کا کیا نام ہے؟ میرا نام علی ہے۔

آپ کے بیٹے کا کیا نام ہے؟

آپ کے بیٹے کی عمرہ کتنی ہے؟

جی آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

علی۔ ڈاکٹر صاحب میرے بیٹے کو خون کی کمی رہتی ہے اور اکثر بیمار رہتا ہے۔

ڈاکٹر۔ جی میں سمجھ گیا ہوں۔جب آپ بچے کو لے کر آئے تھے تو کافی خون کی کمی تھی اس کے بعد ہم نے خون لگوایا تھا اور چند ایک ٹیسٹ کروائے تھے۔جن کی رپورٹ آگئ۔

علی۔ ڈاکٹر صاحب رپورٹ میں کیا آیا ہے؟

بچے کو تھیلسیمیا ہے جس کی وجہ سے اکثر خون کی کمی رہتی ہے۔

علی۔ ڈاکٹر صاحب یہ کیسی بیماری ہے اس کا اکثر نام سنتے ہیں۔

یہ ایک موروثی بیماری ہے جس میں بچے کے ہیموگلوبن میں

پروٹین کا مسئلہ آجاتا ہےاور خون نہیں بنتا۔اس میں تلی بھی سائز میں بڑی ہوجاتی ہے۔جس سے تلی میں خون کے سرخ خلیے وقت سے پہلے ٹوٹتے رہتے ہیں اور خون پورہ نہیں بنتا۔

بچے کو اکثر بخار رہتا ہے اور قوت مداعفت کم ہوتی ہے اور کئ قسم کے انفیکشن ہوتے رہتے ہیں۔

اور اک اہم چیز اس میں کبھی کبھار تلی کو نکالنا پڑھ سکتا ہے جس سے بچے کے خون بننے میں کافی فرق آتا ہے۔

علی۔ اچھا ڈاکٹر صاحب اب اس کا علاج کیسے ہوگا؟

اس کا علاج تو بہت ہی مہنگا ہے ہمارے پاس موجود نہیں ہے اس کے علاج کے لیے ہڈیوں کے مواد کو کسی صحت مند انسان سے لے کر تبدیل کیا جاتا ہے

لیکن ابھی ہم بچے کو خون چڑھائیں گے اور اگر زیادہ خون لگے تو آئرن کی مقدار بڑھ جاتی ہے جو جسم کے لیے خطرناک ہے اس کے لے آپ نے بچے کو ہر ایک یا دو ہفتے بعد ادھر لانا ہے۔ جس میں ہم اضافی آئرن کو نکال دیں گے۔

۔ہوگاڈاکٹر صاحب اس علاج کے علاوہ اور کیا کرنا علی۔

جی علی صاحب اور اس بچے کی صحت کا خاص خیال رکھنا ہے ذرہ بھی بخار اور انفیکشن ہونے لگے تو جلد ہسپتال لانا ہے۔

علی۔ ٹھیک ہے ڈاکٹر صاحب میں سمجھ گیا ہوں۔

آپ کے تعاون کا بہت شکریہ۔

## 2. Celiac disease

اسلام وعلیکم

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے

میں آپ کے بچے کی بیماری کے متعلق تشخیص کر رہا ہوں۔

مجھے آپ سے آپ کے بیٹے کی صحت کے متعلق بات کرنی ہے مجھے امید ہے آپ میرے ساتھ تعاون کریں گے۔

آپ بچے کی کیا لگتی ہیں؟

میں بچے کی ماں ہوں۔

آپ کے بیٹے کا کیا نام ہے؟ اچھا

آپ کے بیٹے کی عمرہ کتنی ہے؟

جی آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

ماں: جی میرے بچے کو کافی عرصہ سے لوز موشن تھے جب روٹی کھاتا تھا تو لوز موشن لگ جاتے تھے۔

ڈاکٹر: میں آپ کی بات سمجھ گیا ہوں ۔

ہم نے چند ایک ٹیسٹ کرائے تھے جن کی رپورٹس آ گئی ہے۔

ماں۔ڈاکٹر صاحب میرے بچے کی رپورٹس کیسی آئی ہے؟



ڈاکٹر: جی گھبرانے والی کوئی بات نہیں ہے۔آپ کے بچے کو ایک قوت مدافعت کی بیماری ہوگئی ہے۔

ماں: ڈاکٹر صاحب وہ کونسی بیماری ہے؟

ڈاکٹر: اس بیماری کو ہم نام دیتے ہیں

"Celiac disease"

بیماری ہاضمہ اور مدافعتی نظام کے متعلق ہے جس کی وجہ سے چھوٹی آنت کو نقصان پہنچتا ہے۔اس بیماری کے شکار افراد کو اسہال، پیٹ پھول جانا، گیس، اور خون کی کمی جیسی علامات کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

ماں: ڈاکٹر صاحب اس بیماری کا پتا کیسے چلتا ہے؟

ڈاکٹر : اس بیماری کی علامات گلوٹین نامی پروٹین کی وجہ سے شدت اختیار کر سکتی ہیں۔

ماں: ڈاکٹر صاحب اب میرے بچے کا علاج کیسے ہوگا؟

ڈاکٹر: علی صاحب پریشانی والی کوئی بات نہیں ہے۔

ان علامات سے چھٹکارا پانا زیادہ مشکل نہیں ہوتا کیوں کہ اس کے لاحق ہونے کی صورت میں ایسی غذاؤں کا استعمال ترک کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے جن میں گلوٹین بھرپور مقدار میں پایا جاتا ہے۔

ماں: اب بچے کو کھانے میں کیا دے سکتے ہیں؟

ڈاکٹر: آپ نے بچے کو گندم یا گندم کی بنی چیزیں نہیں دینی۔

ماں۔پھر میرا بچہ کیا کھائے گا یہ تو بس کھاتا روٹی ہے؟

ڈاکٹر: جی میں سمجھ سکتا ہوں لیکن اور بہت سی چیزیں ہیں جو آپ بچے کو دے سکتی ہیں؟

ماں۔اچھا ڈاکٹر صاحب پھر اچھی خوراک اور بتائیں۔

ڈاکٹر: آپ بچے کو چاول، جو، اور باجرہ کی بنی سب چیزیں دے سکتے ہیں۔

ماں۔اچھا ڈاکٹر صاحب پھر میرا بچہ ٹھیک رہے گا؟

ڈاکٹر: جی بلکل اگر آپ بچے کی خوراک کا خیال رکھتے ہیں تو آپ کے بچے کو کوئی پیچیدگی نہیں ہوگی۔

ماں۔ٹھیک ہے ڈاکٹر صاب میں خیال رکھوں گی۔

ڈاکٹر: کوئی اور بات جو پوچھنی ہو؟

ماں۔جی نہیں

آپ کے تعاون کا شکریہ

CHAPTER [illegible]

# IMPORTANT VIVA ON SIGN AND SYMPTOMS

1. **Meningitis Sign**
    - **Kerning sign:** Patient on supine position. Right leg flex on knee.Then extend leg, pain will increase.
    - **Brudzenski sign:** Flexion of neck,chin touch to sternum, result will flexion of hip and knee joint.

2. **Acute cholecystitis**
    - **Murphy sign:** Ask the patient to exhale, place hand below costal margin at midclavicular line, palpate and feel. It will increase pain.
    - **Boas sign:** Place hand below the scapula, and feel sensitivity of phrenic nerve.

3. **Acute Pancreatitis (Past 2024)**
    - **Cullen sign:** Peri Umbilicus echymosis
    - **Grey turner:** Echymosis around the flanks
    - **Fox sign:** Echymosis on inguinal ligaments
    - **Bruant sign:** Echymosis on scrotal area

| Ranson Score<br>Biliary pancreatitis | Ranson Score<br>Non gall stone pancreatitis |
|---|---|
| **At admission** | |
| Age >70 years | Age >55 years |
| Tlc >18000/mm$^3$ | Tlc >16000/mm$^3$ |
| LDH >400 IU/l | LDH >350 IU/l |
| AST >250 IU/l | AST >250 IU/l |
| RBS >220 mg/dl | RBS >200 mg/dl |
| **At 48 hours** | |
| Drop in hematocrit >10% | Drop in hematocrit >10% |
| BUN increase >2 mg/dl | BUN increase >5 mg/dl |
| Calcium <8 mg/dl | Calcium <8 mg/dl |
| $PO_2$ <60 mmHg | $PO_2$ <60 mmHg |
| Base deficit >5 mEq/l | Base deficit >4 mEq/l |
| Fluid loss >4 litres | Fluid loss >6 litres |



4. **Spleenic Rupture**
   (Blunt injury,Trauma)
    - **Kehr's sign:** Pain reffered in left shoulder due to irritation of diaphragm C3_C5.

5. **Hypocalcemia**
    - **Chvostek sign:** Tapping of facial nerve infront of tragus, Result will be ipsilateral contraction of facial muscle.
    - **Trousseaus sign:** Induction of carpopedal spasm by inflation of sphignomanometer above SBP for 3 mints.

6. **Acute appendicitis**
    - **Rovsing sign:** Compressing the LIF due to increase pressure pain will increase in RIF.
    - **Obturator sign:** Flex the knee and hip at 90° then medially rotate. It will increase pain in RIF.
    - **Psoas sign:** Patient lie left side then passive extension of right thigh.It will increase pain in RIF.
    - **Dunphy's sign:** Pain will increase upon coughing.
    - **Humburger sign:** Refuse to eat favorites food.

| Assessment item | Score |
|---|---|
| Pain migration to RIF | 1 |
| Anorexia | 1 |
| Nausea and vomiting | 1 |
| RIF tenderness | 2 |
| Rebound tenderness | 1 |
| Fever ≥ 37.3°C | 1 |
| Raised WCC | 2 |
| Shift of WCC to left | 1 |
| **Total score** | 10 |

Guidelines for management according to total score: <4,probability of acute appendicitis (AA) unlikely; 4–7, AA suspected; >7, definite AA.
RIF, right iliac fossa; WCC, white cell count.

CHAPTER 15

# BREAKING THE BAD NEWS

**Requirement:** Piece of tissue paper, Glass of water

اسلام و علیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے مریض کا ڈاکٹر ہوں۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ مریض کے کیا لگتے ہیں؟

مجھے آپ سے اکیلے کمرے میں بات کرنی ہے۔ آپ کسی کو ساتھ بلانا چاہتے ہیں؟

1. **Sitting** ( separate room )
2. **Perception** (Break the bad news)
3. **Intension**

جی میں سمجھ سکتا ہوں آپ کے لیے مشکل وقت ہے لیکن حقیقت یہی ہے۔

4. **Knowledge (** Tell about the patient disease )
5. **Empathy (** Show empathy never show sympathy )

افسوس یا غم میں برابر شریک کبھی نہیں بولنا۔

بس ٹشو اور پانی دینا ہے۔

6. **Summary**

**Ask from patient:**

میں آپ کو کیا بات بتائ؟

اور کوئ بات مجھ سے پوچھنا چاہتے ہیں؟

آپ کا شکریہ۔

**Break the bad news to Father about death of his Son**

**Requirement:** Piece of tissue paper, Glass of water

اسلام و علیکم!

میرا نام ڈاکٹر محمد ساجد ہے میں آپ کے مریض کا ڈاکٹر ہوں۔

آپ کا نام کیا ہے؟ آپ مریض کے کیا لگتے ہیں؟

مجھے آپ سے اکیلے کمرے میں بات کرنی ہے۔ آپ کسی کو ساتھ بلانا چاہتے ہیں؟

ڈاکٹر: آپ اپنے بیٹے کی صحت کے متعلق کیا جانتے ہیں؟

مریض کا والد: میرے بیٹے کا کار حادثہ ہوا تھا اور بے ہوش تھا پھر ہم یہاں ہسپتال لے کر آئے تھے۔



ڈاکٹر: جی آپ جب اپنے بیٹے کو یہاں لے کر آئے تھے تو ان کی حالت بہت ہی تشویش ناک تھی۔ ہماری ہسپتال کی پوری ٹیم آپ کے بیٹے کی تشخیص اور علاج پر لگ گئ۔

وہ ٹھیک سے سانس نہیں لے پا رہا تھا اور اس کو کافی چوٹے لگی تھی۔ دماغ پہ کافی چوٹ لگی تھی اندر رگ پھٹ چکی تھی۔ ہم نے کافی کوشش کی اور آپریشن کی تیاری کر رہے تھے لیکن آپ کا بیٹا پہلے ہی دم توڑ چکا تھا۔

مریض کا والد: یہ آپ کیا کہ رہے ہیں ایسا نہیں ہو سکتا۔

ڈاکٹر: جی میں سمجھ سکتا ہوں آپ کے لیے مشکل وقت ہے لیکن حقیقت یہی ہے آپ کا بیٹا اس دنیا میں نہیں رہا۔

مریضکا والد: آپ کسی طرح کر کے میرے بچے کو بچا لیں۔ جیتنا پیسہ لگتا ہے لگائیں۔

ڈاکٹر: ہم نے اپنی طرف سے پوری کوشش کی ہے اور اب آپ حقیقت کو مانیں۔

یہ ٹشو لیں اور پانی پیجیے۔

At the end:

ڈاکٹر: میں آپ کو جو بات بتائ سمجھ آ گئ۔

اس کے علاوہ اور کوئ بات پوچھنی ہو تو پوچھ سکتے؟

آپ کا شکریہ۔